**Приватне акціонерне товариство**
**«МетЛайф»**

# 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 та 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

м. Київ, листопад 2018 року

ЗМІСТ

Визначення термінів, які використовуються в цих Правилах Страхування 4

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ 9

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ 9

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ 9

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ 10

5. СТРАХОВА ПРЕМІЯ, СТРАХОВИЙ ТАРИФ 13

6. УМОВИ ПРИЗУПИНЕННЯ СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ 14

7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВОЇ СУМИ 16

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ 17

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ 18

10. ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН 20

11. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ 24

12. ПЕРЕДАЧА ПРАВ СТРАХУВАЛЬНИКА-ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ/ ВИГОДОНАБУВАЧА 24

13. НАСЛІДКИ ВТРАТИ СТРАХУВАЛЬНИКОМ ПРАВ ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ 24

14. ДОСТРОКОВЕ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ З ІНІЦІАТИВИ СТРАХУВАЛЬНИКА 25

15. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ 25

16. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ТА СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ 26

17. ПІДСТАВИ ТА СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ 28

18. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ 30

19. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ 30

20. ОСОБЛИВІ УМОВИ 31

Додатки: 34

1. Програми страхування життя

2. Страхові тарифи та методика їх розрахунку

3. Таблиця смертності та середньої очікуваної тривалості життя за 1997-1998 роки для жінок

4. Таблиця смертності та середньої очікуваної тривалості життя за 1997-1998 роки для чоловіків

## ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ПРАВИЛАХ

| | |
|---|---|
| **Страхування** | Вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних та юридичних осіб, у разі настання певних подій (Страхових Випадків), визначених Договором Страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними та юридичними особами страхових платежів (Страхових Премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів. |
| **Страхування життя** | Вид особистого страхування, який передбачає обов'язок Страховика здійснити Страхову Виплату згідно з Договором Страхування у разі смерті Застрахованої Особи, а також, якщо це передбачено Договором Страхування, у разі дожиття Застрахованої Особи до закінчення строку дії Договору Страхування та (або) досягнення Застрахованою Особою визначеного Договором Страхування віку. Умови Договору Страхування життя можуть також передбачати обов'язок Страховика здійснити Страхову Виплату у разі Нещасного випадку, що стався із Застрахованою Особою, та (або) хвороби Застрахованої Особи. У разі, якщо при настанні Страхового Випадку передбачено регулярні послідовні довічні Страхові Виплати, обов'язковим є передбачення у Договорі Страхування ризику смерті Застрахованої Особи протягом періоду між початком дії Договору Страхування та першою Страховою Виплатою з числа довічних виплат ануїтету. В інших випадках передбачення ризику смерті Застрахованої особи є обов'язковим протягом всього строку дії Договору Страхування життя. |
| **Страховик** | Приватне акціонерне товариство «МетЛайф», яке укладає зі Страхувальниками Договори Страхування життя, створене згідно з Законом України «Про господарські товариства», Законом України «Про страхування» та іншим законодавством України, і має ліцензію на право здійснення діяльності зі страхування життя. У випадку, якщо Страховик у зв’язку зі змінами у законодавстві чи з інших причин змінить найменування, воно підлягатиме застосуванню у всій документації, в тому числі за раніше укладеними Договорами Страхування. |

| | |
|---|---|
| **Страхувальник** | Юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала зі Страховиком Договори Страхування та зобов'язана сплачувати Страхові Премії у встановлені строки та виконувати інші умови Договору Страхування. |
| **Сторона** | Страховик та Страхувальник відповідно до визначення цих термінів вище. |
| **Застрахована Особа** | Особа, про страхування життя або життя та здоров'я якої укладений Договір Страхування, та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором Страхування. |
| **Вигодонабувач** | Фізична особа або особи та/ або юридична особа (особи), які мають право отримати Страхову Виплату згідно з умовами Договору Страхування. |
| **Вигодонабувач, призначений на випадок смерті Застрахованої Особи** | Фізична особа або особи та/ або юридична особа (особи), визначені Страхувальником в Договорі Страхування за погодженням із Застрахованою Особою та затверджені Страховиком, які мають право отримати Страхову Виплату у випадку смерті Застрахованої Особи. Якщо на момент подання заяви про отримання Страхової Виплати Вигодонабувач не визначений, або помер, або не має права на отримання Страхової Виплати, то Страхова Виплата виплачуватиметься спадкоємцям Застрахованої Особи згідно з чинним законодавством України. |
| **Нещасний випадок** | Випадкова, зовнішня, насильницька, раптова, не спричинена Застрахованою Особою навмисно та не пов'язана з іншими подіями подія, що сталась протягом строку дії Договору Страхування та спричинила таке тяжке тілесне ушкодження або таку травму Застрахованій Особі, в результаті якої вона є тимчасово або постійно, повністю чи частково непрацездатна, потребує госпіталізації чи убита. |
| **Нещасний випадок на транспорті** | 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.<br>Нещасним випадком на транспорті також є тілесні ушкодження або смерть Застрахованої Особи внаслідок удару транспортним засобом.<br>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. |
| **Страхова Сума** | Грошова сума, яка передбачена умовами Договору Страхування для кожної Програми Страхування, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату Вигодонабувачу при настанні Страхового Випадку. |
| **Страховий Випадок** | Подія, передбачена Договором Страхування, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову Виплату Застрахованій Особі або Вигодонабувачу згідно з Договором Страхування або 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. |
| **Страхова Виплата** | Грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору Страхування при настанні Страхового Випадку. Страхові Виплати за Договором Страхування життя здійснюються в розмірі Страхової Суми (її частини) та (або) у вигляді регулярних, послідовних виплат обумовлених у Договорі Страхування сум (ануїтету). |

| | |
|---|---|
| **Страхова Премія (страховий платіж, страховий внесок)** | Плата за страхування, узгоджена обома Сторонами для кожної Програми Страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором Страхування. |
| **Страховий Тариф** | Ставка страхового внеску з одиниці Страхової Суми за визначений період страхування. |
| **Договір Страхування** | Письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання Страхового Випадку здійснити належну Страхову Виплату Застрахованій Особі або Вигодонабувачу, а Страхувальник зобов'язується сплачувати Страхові Премії у визначені строки та виконувати інші умови Договору Страхування. |
| **Заява про страхування** | Заява про намір укласти Договір Страхування життя. Сторони можуть визначити Заяву про страхування невід'ємною частиною Договору Страхування. |
| **Страховий Поліс** | Посвідчення факту укладання Договору Страхування. У випадку укладання Договору Страхування шляхом обміну документами Страховий Поліс є його невід'ємною частиною. |
| **Викупна Сума** | Сума, яка виплачується Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору Страхування за 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** | Дата, визначена в Договорі Страхування для сплати Страхових Премій. |
| **Попередня оплата** | Сплата першої Страхової Премії після підписання Заяви про Страхування, яка вважатиметься Страховою Премією лише після того, як буде виписаний Страховий Поліс. |
| **Дата набрання чинності** | День (що розпочинається о 00 годин 00 хвилин за київським часом встановленої дати), коли набирає чинності страхування за Договором Страхування. |

| | |
|---|---|
| **Компетентні органи** | Органи державної влади, правоохоронні органи, банки, медичні заклади та інші підприємства, установи і організації, що володіють інформацією про передумови, факт, причини, обставини та наслідки страхових випадків та інших подій, що можуть бути визнані страховим випадком, або пов’язані з ним. |
| **Заняття спортом на професійному рівні** | Залучення з метою отримання прибутку до комерційного напрямку діяльності у спорті, пов'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 наявністю 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 Викупній 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 вирахувано 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 години 59 хвилин за київським часом останнього дня другого року з дати, наступної за датою закінчення Пільгового Періоду. При цьому Страховик утримує штраф за дострокове припинення дії Договору Страхування, що дорівнює Викупній Сумі, 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. 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.

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

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

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

7.5. Страхові Виплати за Договором Страхування здійснюються в розмірі Страхової Суми (її частини) та (або) у вигляді регулярних, послідовних виплат (ануїтету), 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.

7.6. 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 отримає 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 кожну заявлену Застраховану Особу, підписану заявленою Застрахованою Особою (співробітником юридичної особи-Страхувальника) та Страхувальником (уповноваженою особою Страхувальника);
2) Копію паспорта та довідки про присвоєння ідентифікаційного номера заявленої Застрахованої Особи;
3) Офіційні документи (або засвідчені 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 Страховикові 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 (свідоцтво 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.

Страхувальник 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 Страхувальником за рік, і також інвестується, а відповідний доход 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 Страхувальника перед Страховиком;

3) Якщо дія Договору Страхування достроково припиняється згідно з умовами статті 14 або пункту 6.5 Правил, то Страхувальник 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 Страхувальника 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 кожну 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.

**Додаток 1 до Правил добровільного страхування життя**

## ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ

1. **Програми страхування основних ризиків:**
   1.1. Страхування на випадок смерті або дожиття;
   1.2. Страхування на випадок смерті або дожиття до 100 років (довічне страхування);
   1.3. Страхування на випадок смерті на певний строк або до певного віку;
   1.4. Страхування на випадок дожиття до певного віку або на певний строк;
   1.5. Страхування на випадок смерті або дожиття із здійсненням Страхових Виплат у вказані строки.

2. **Програми страхування додаткових ризиків**
   2.1. Страхування на випадок смерті на строк із виплатою додаткової Страхової Суми;
   2.2. Страхування на випадок смерті внаслідок Нещасного випадку;
   2.3. Страхування на випадок смерті внаслідок Нещасного випадку з виплатою додаткової Страхової Суми у випадку сирітства;
   2.4. Страхування на випадок смерті/ каліцтва/ постійної та повної непрацездатності внаслідок Нещасного випадку;
   2.5. Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нещасного випадку;
   2.6. Страхування на випадок смерті або постійної та повної непрацездатності Страхувальника (звільнення від сплати Страхових Премій);
   2.7. Страхування на випадок постійної та повної непрацездатності Страхувальника (звільнення Страхувальника від сплати Страхових Премій на час непрацездатності);
   2.8. Страхування на випадок тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного випадку;
   2.9. Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок Нещасного випадку або через хворобу;
   2.10. Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок Нещасного випадку;
   2.11. Страхування на випадок критичного захворювання;
   2.12. Страхування на випадок критичного захворювання жіночого органу;
   2.13. Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нещасного випадку з прогресивною виплатою;
   2.14. Страхування на випадок переломів та/або опіків внаслідок Нещасного випадку;
   2.15. Страхування на випадок критичного захворювання дитини;
   2.16. Страхування на випадок критичних жіночих ризиків.
3. Положення про індексацію для Програм страхування основних ризиків;
4. Положення про індексацію для Програм страхування додаткових ризиків;

5. Програма добровільного страхування життя позичальника;
6. Програма добровільного страхування життя «Життя Плюс»;
7. Програма добровільного страхування життя «Рівень життя»;
8. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат.

**Додаток 1-1**

**Програма страхування основних ризиків**

**Страхування на випадок смерті або дожиття («Програма»)**

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

1. Страховими Випадками, що включаються до Програми, є:

1.1. Дожиття Застрахованої Особи на строк або дожиття Застрахованої Особи до певного віку;

1.2. Смерть Застрахованої Особи.

2. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми за цією Програмою згідно з Договором Страхування за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та для здійснення Страхової Виплати, таким чином:

2.1. Застрахованій Особі, якщо вона жива на дату, зазначену у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми; або

2.2. Вигодонабувачу, якщо Застрахована Особа померла до дати, зазначеної у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми.

3. Договір Страхування за цією Програмою може укладатися на строк, узгоджений Сторонами у Договорі Страхування.

4. Всі прямо не зазначені в тексті Програми умови визначаються відповідно до умов Правил добровільного страхування життя.

**Додаток 1-2**

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

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

1. Страховими Випадками, що включаються до Програми, є:

1.1. Дожиття Застрахованої Особи до віку 100 років;
1.2. Смерть Застрахованої Особи.

2. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми за цією Програмою згідно з Договором Страхування за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та для здійснення Страхової Виплати, таким чином:

2.1. Застрахованій Особі, якщо вона є живою на дату, зазначену у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми (у віці 100 років); або

2.2. Вигодонабувачу, якщо Застрахована Особа померла до дати, зазначеної у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми.

3. Договір Страхування за цією Програмою укладається на строк до досягнення Застрахованою Особою 100 років із можливістю сплати Страхувальником регулярних Страхових Премій протягом строку, узгодженого Сторонами в Договорі Страхування.

4. Положення про індексацію для Програм страхування основних ризиків (Додаток 1-16) не застосовується до цієї Програми.

5. Всі прямо не зазначені в тексті Програми умови визначаються відповідно до умов Правил добровільного страхування життя.

**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. Страховими Випадками, що включаються до Програми, є:

1.1. смерть Застрахованої Особи;
1.2. дожиття Застрахованої Особи на строк або дожиття Застрахованої Особи до певного віку.

2. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми за цією Програмою згідно з Договором Страхування за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та для здійснення Страхової Виплати, таким чином:

2.1. Вигодонабувачу 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.

**Додаток 1-4**

**Програма страхування основних ризиків**

**Страхування на випадок дожиття до певного віку або на певний строк («Програма»)**

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

**1. Умови страхування**

1.1. У випадку сплати одноразової Страхової Премії за цією програмою Страховим Випадком за цією Програмою буде дожиття Застрахованої Особи до дати закінчення дії програми, зазначеної у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування, або смерть Застрахованої Особи до настання цієї дати, та Страховик зобов'язується здійснити Страхову Виплату за цією Програмою таким чином:

1.1.1. Виплатити Застрахованій Особі Страхову Суму, визначену в Договорі Страхування як страхова сума на випадок дожиття Застрахованої Особи, якщо вона жива на дату, визначену як дата закінчення дії Програми, та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс, або Додаток до Договору Страхування) буде наданий Страховику; або

1.1.2. Виплатити Вигодонабувачу Страхову Суму на випадок смерті Застрахованої Особи, якщо Застрахована Особа померла до дати, визначеної як дата закінчення дії цієї Програми в Договорі Страхування, та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс, або Додаток до Договору Страхування), а також всі необхідні документи, що підтверджують смерть Застрахованої Особи, будуть подані Страховику відповідно до Правил Страхування. Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи згідно з цією Програмою встановлюється в розмірі Страхової Премії, сплаченої згідно з цією Програмою, збільшеної на величину інвестиційного доходу, розрахованого за ставкою, зазначеною в Договорі Страхування.

1.2. У випадку, якщо цією Програмою передбачена регулярна сплата Страхових Премій, застосовуються такі положення:

**А) Якщо Застрахована Особа є повнолітньою на момент укладення Договору Страхування за цією Програмою**, Страховим Випадком за цією Програмою буде дожиття Застрахованої Особи до дати закінчення дії Програми, зазначеної у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування, або смерть Застрахованої Особи до настання цієї дати.

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

1) Застрахованій Особі – Страхову Суму, зазначену в Договорі Страхування як Страхова Сума на випадок дожиття Застрахованої Особи за вирахуванням будь-яких зборів та податків, передбачених чинним законодавством України, якщо вона є живою на дату, зазначену як дата закінчення дії цієї Програми; або
2) Вигодонабувачу – Страхову Суму, зазначену в Договорі Страхування як Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, якщо Застрахована Особа померла внаслідок Нещасного випадку протягом 365 днів після дати Нещасного випадку і до дати, зазначеної як дата закінчення дії цієї Програми. Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку згідно з цією Програмою встановлюється в подвійному розмірі Страхової Суми на випадок дожиття Застрахованої Особи за вирахуванням будь-яких зборів та податків, передбачених чинним законодавством України; або
3) Вигодонабувачу – Страхову Суму на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок причин інших, ніж нещасний випадок, якщо Застрахована Особа померла внаслідок причин інших, ніж нещасний випадок, до дати, зазначеної як дата закінчення дії цієї Програми. Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок причин інших, ніж нещасний випадок, встановлюється в розмірі Страхових Премій, сплачених за цією Програмою на момент смерті Застрахованої Особи та збільшених на величину інвестиційного доходу, розрахованого за ставкою, зазначеною в Договорі Страхування, за вирахуванням будь-яких зборів та податків, передбачених чинним законодавством України.

**Б) Якщо Застрахована Особа є малолітньою або неповнолітньою особою на момент укладення Договору Страхування за цією Програмою**, Страховим Випадком за цією Програмою буде дожиття Застрахованої Особи до дати закінчення дії програми, зазначеної у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування, або смерть Застрахованої Особи до настання цієї дати, або смерть Страхувальника внаслідок Нещасного випадку до настання цієї дати.

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

1) Застрахованій Особі – Страхову Суму, зазначену в Договорі Страхування як Страхова Сума на випадок дожиття Застрахованої Особи за вирахуванням будь-яких зборів та податків, передбачених чинним законодавством України, якщо вона є живою на дату, зазначену як дата закінчення дії цієї Програми; або

2) Вигодонабувачу – Страхову Суму, зазначену в Договорі Страхування як Страхова Сума на випадок смерті Страхувальника внаслідок Нещасного випадку, якщо Страхувальник помер внаслідок Нещасного випадку протягом 365 днів після дати Нещасного випадку і до дати, зазначеної як дата закінчення дії цієї Програми. Страхова Сума на випадок смерті Страхувальника внаслідок Нещасного випадку встановлюється в подвійному розмірі Страхової Суми на випадок дожиття Застрахованої Особи за вирахуванням будь-яких зборів та податків, передбачених чинним законодавством України; або
3) Вигодонабувачу – Страхову Суму на випадок смерті Застрахованої Особи, якщо Застрахована Особа померла до дати, зазначеної як дата закінчення дії цієї Програми. Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи встановлюється у розмірі Страхових Премій, сплачених за цією Програмою на момент смерті Застрахованої Особи та збільшених на величину інвестиційного доходу, розрахованого за ставкою, зазначеною в Договорі Страхування, за вирахуванням будь-яких зборів та податків, передбачених чинним законодавством України.

У разі смерті Страхувальника або Застрахованої Особи з будь-якої причини (внаслідок Нещасного випадку або з іншої причини) до дати, зазначеної в Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми, страхування на випадок смерті внаслідок Нещасного Випадку припиняється.

**В) Дія страхування на випадок смерті внаслідок Нещасного випадку** припиняється не пізніше, ніж на річницю дії Програми після досягнення особою, застрахованою за цією Програмою, 65-річного віку або раніше, якщо це передбачено у Договорі Страхування.

**2. Визначення терміну «Нещасний випадок»**

Нещасний випадок – це випадкова, зовнішня, насильницька, раптова, не спричинена Застрахованою Особою навмисно та не пов’язана з іншими подіями подія, що сталась протягом строку дії Договору Страхування та спричинила таке тяжке тілесне ушкодження або таку травму Застрахованій Особі, в результаті якої вона є тимчасово або постійно, повністю чи частково непрацездатна, потребує госпіталізації чи убита.

**3. Виключення із страхових випадків для страхування на випадок смерті Застрахованої Особи (Страхувальника) внаслідок Нещасного випадку**

3.1. Страхова Виплата, передбачена на випадок смерті Застрахованої Особи (Страхувальника) внаслідок Нещасного випадку відповідно до пункту 1 цієї Програми, здійснюється тільки за умови, що Страховий Випадок був прямим, незалежним від будь-яких інших чинників, наслідком тілесних ушкоджень, заподіяних зовнішнім, насильницьким та випадковим чином, про що, крім випадків втоплення або внутрішніх ушкоджень, виявлених

розтином, існують докази у вигляді видимих синців або ран на поверхні тіла та іншими ознаками, що можуть бути об’єктивно виявлені;

3.2. Смерть внаслідок Нещасного випадку не визнається Страховим Випадком, якщо вона є наслідком, прямо або опосередковано, будь-яких обставин, зазначених в статті 4 «Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування» Правил страхування.

3.3. Додатково до пункту 3.2. цієї Програми Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є наведене нижче, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:

3.3.1. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, повітряним спортом, альпінізмом, бойовими видами мистецтва, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;

3.3.2. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажира на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;

3.3.3. Пересування на підводному човні будь-якого типу;

3.3.4. Участь у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;

3.3.5. Тренування або пілотування або перебування як пасажира на планері або планері, який пілотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;

3.3.6. Тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами, 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;

3.3.7. Нещасний випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об’ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажира на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов’язане з виконанням Застрахованою Особою службових обов’язків, з урахуванням пункту 3.3.15 цієї Програми. 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

3.3.8. Нещасний випадок прямо або опосередковано спричинений фізичними та/ або психічними розладами Застрахованої Особи.

В такому випадку Страховик розглядає подію як смерть в результаті причин інших ніж нещасний випадок (не пов'язаних з нещасним випадком) та здійснює Страхову Виплату згідно з умовами пункту 1 цієї Програми;

3.3.9. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;.

3.3.10. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що 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;

3.3.11. Тілесні ушкодження, прямо або опосередковано, повністю чи частково спричинені будь-яким інфекційним бактеріальним зараженням, за винятком інфекційного зараження внаслідок порізу або поранення, що сталися випадково;

3.3.12. Проходження будь-яких експериментальних, дослідницьких або діагностичних процедур;

3.3.13. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів, інших спеціалістів альтернативної (нетрадиційної) медицини;

3.3.14. Тілесні ушкодження внаслідок Нещасного випадку, що призвели до грижі, люмбаго, невралгії сідничного нерву. В такому випадку буде здійснюватись Страхова Виплата згідно з умовами п.1.2., А), 3) Програми;

3.3.15. 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. Строк дії Договору Страхування**

Строк дії Договору Страхування, укладеного за цією Програмою, визначається Сторонами у Договорі Страхування.

**5. Припинення дії Програми**

Дія Програми припиняється в більш ранню з таких дат:
- дата закінчення строку дії Договору Страхування, зазначена у Страховому Полісі або у Договорі Страхування, або
- дата смерті Застрахованої Особи.

**Додаток 1-5**

**Програма страхування основних ризиків**
**Страхування на випадок смерті або дожиття**
**із здійсненням Страхових Виплат у вказані строки («Програма»)**

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

1. Страховими Випадками, що включаються до Програми, є:

1.1. Дожиття Застрахованої Особи на строк або дожиття Застрахованої Особи до певного віку;
1.2. Смерть Застрахованої Особи.

2. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми за цією Програмою згідно з Договором Страхування за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та для здійснення Страхової Виплати, таким чином:

2.1. Застрахованій Особі, якщо вона жива на дату/дати, зазначену(і) в Договорі Страхування; або

2.2. Вигодонабувачу, якщо Застрахована Особа померла до дати, зазначеної як дата закінчення дії цієї Програми.

3. Договір Страхування за цією Програмою може укладатися за такими умовами щодо строків страхування та особливостей здійснення виплат:

3.1. Страхування на випадок смерті або дожиття на строк 15 років зі здійсненням Страхових Виплат рівними частинами у разі дожиття Застрахованої Особи до 10-ої та 15-ої річниці дії Договору Страхування. За Договором Страхування встановлюються дві рівні Страхові Суми: Страхова Сума на випадок дожиття та Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи (тобто у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат не зменшується на суму вже здійснених Страхових Виплат та є фіксованою);

3.2. Страхування на випадок смерті або дожиття на строк 15 років зі здійсненням Страхових Виплат рівними частинами у разі дожиття Застрахованої Особи до 10-ої та 15-ої річниці дії Договору Страхування. При цьому у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат на випадок смерті дорівнює Страховій Сумі, зменшеній на суму вже здійснених Страхових Виплат;

3.3. Страхування на випадок смерті або дожиття на строк 20 років із здійсненням Страхових Виплат рівними частинами у разі дожиття

Застрахованої Особи до 10-ої, 15-ої та 20-ої річниці дії Договору Страхування. За Договором Страхування встановлюються дві рівні Страхові Суми: Страхова Сума на випадок дожиття та Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи (тобто у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат не зменшується на суму вже здійснених Страхових Виплат та є фіксованою);

3.4. Страхування на випадок смерті або дожиття на строк 20 років із здійсненням Страхових Виплат рівними частинами у разі дожиття Застрахованої Особи до 10-ої, 15-ої та 20-ої річниці дії Договору Страхування. При цьому у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат на випадок смерті дорівнює Страховій Сумі, зменшеній на суму вже здійснених Страхових Виплат;

3.5. Страхування на випадок смерті або дожиття на строк 25 років із здійсненням Страхових Виплат рівними частинами у разі дожиття Застрахованої Особи до 10-ої, 15-ої, 20-ої та 25-ої річниці дії Договору Страхування. За Договором Страхування встановлюються дві рівні Страхові Суми: Страхова Сума на випадок дожиття та Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи (тобто у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат не зменшується на суму вже здійснених Страхових Виплат та є фіксованою);

3.6. Страхування на випадок смерті або дожиття на строк 25 років із здійсненням Страхових Виплат рівними частинами у разі дожиття Застрахованої Особи до 10-ої, 15-ої, 20-ої та 25-ої річниці дії Договору Страхування. При цьому у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат на випадок смерті дорівнює Страховій Сумі, зменшеній на суму вже здійснених Страхових Виплат;

3.7. Страхування на випадок смерті або дожиття до досягнення Застрахованою Особою віку 65 років зі здійсненням Страхових Виплат рівними частинами після досягнення Застрахованою Особою віку 50 років, 55 років, 60 років та 65 років. За Договором Страхування встановлюються дві рівні Страхові Суми: Страхова Сума на випадок дожиття та Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи (тобто у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат не зменшується на суму вже здійснених Страхових Виплат та є фіксованою);

3.8. Страхування на випадок смерті або дожиття до досягнення Застрахованою Особою віку 65 років із здійсненням Страхових Виплат рівними частинами після досягнення Застрахованою Особою віку 50 років, 55 років, 60 років та 65 років. При цьому у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат на випадок смерті дорівнює Страховій Сумі, зменшеній на суму вже здійснених Страхових Виплат;

3.9. Страхування на випадок смерті або дожиття до досягнення Застрахованою Особою віку 60 років із здійсненням Страхових Виплат

рівними частинами після досягнення Застрахованою Особою віку 45 років, 50 років, 55 років та 60 років. За Договором Страхування встановлюються дві рівні страхові суми: Страхова Сума на випадок дожиття та Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи (тобто у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат не зменшується на суму вже здійснених Страхових Виплат та є фіксованою);

3.10. Страхування на випадок смерті або дожиття до досягнення Застрахованою Особою віку 60 років із здійсненням Страхових Виплат рівними частинами після досягнення Застрахованою Особою віку 45 років, 50 років, 55 років та 60 років. При цьому у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат на випадок смерті дорівнює Страховій Сумі, зменшеній на суму вже здійснених Страхових Виплат;

3.11. Страхування на випадок смерті або дожиття на строк 20 років із здійсненням Страхових Виплат, розмір яких у відсотках від загальної валової річної Страхової Премії був визначений попередньо, у разі дожиття Застрахованої Особи до 5-ої, 10-ої, 15-ої та 20-ої річниці дії Договору Страхування. Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи є фіксованою (тобто не зменшується на суму вже здійснених Страхових Виплат).

4. Положення Додатку 1-25 до Правил - «Положення про порядок здійснення Страхових Виплат» - не застосовуються до часткових Страхових Виплат згідно з умовами цієї Програми.

5. До цієї Програми не застосовуються положення Правил добровільного страхування життя щодо одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил).

6. Всі прямо не зазначені в тексті Програми умови визначаються відповідно до умов Правил добровільного страхування життя.

**Додаток 1-6**

**Програма страхування додаткових ризиків**

**Страхування на випадок смерті на строк із виплатою додаткової Страхової Суми**

**(«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 відповідному Додатку до Договору Страхування.

1.4. Страховим Випадком, що включається до цієї Програми, є смерть Застрахованої Особи.

1.5. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми за цією Програмою, визначеної у Договорі Страхування, Вигодонабувачу, якщо Застрахована Особа померла до дати, яка визначена як дата закінчення дії цієї Програми, та за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та для здійснення Страхової Виплати.

1.6. Будь-які Страхові Виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з Договором Страхування.

## 2. Початок дії Програми

Датою початку дії цієї Програми є дата початку дії Програми страхування основних ризиків за Договором Страхування, якщо тільки цю Програму не було включено до Договору Страхування та введено в дію пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.

## 3. Припинення дії Програми

3.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення.

3.2. Додатково до статті 18 Правил дія цієї Програми припиняється у таких випадках:

3.2.1. Якщо будь-яка Страхова Премія за цією Програмою або Програмою страхування основних ризиків не сплачується після настання терміну її сплати або протягом Пільгового Періоду; або

3.2.2. Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Сплаченого Договору Страхування, як передбачено відповідною статтею Правил страхування, або дію Програми страхування основних ризиків було припинено на будь-яких підставах.

3.3. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії - це частина додаткової Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення дії Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.

## 4. Ця Програма як частина Договору Страхування

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

4.1.1. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);

4.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);

4.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);

4.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);

4.1.5. Положення про індексацію для Програми страхування додаткових ризиків (Додаток 1-17) та Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25).

4.2. Всі прямо не зазначені в тексті Програми умови визначаються відповідно до умов Правил страхування.

4.3. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цією Програмою. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду

Страховика. Зміна набуватиме чинності з річниці дії цієї Програми. Страхувальник має право 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.

**Додаток 1-7**

**Програма страхування додаткових ризиків**

**Страхування на випадок смерті внаслідок Нещасного випадку («Програма»)**

## 1. Предмет страхування

1.1. Положення цієї Програми складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено 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. Страховим Випадком, що включається до цієї Програми, є смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, що мав місце під час дії цієї Програми.

1.4. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії зазначається у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.

1.5. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми, визначеної у Договорі Страхування, Вигодонабувачу у випадку смерті Застрахованої Особи до дати, яка визначена в Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми, внаслідок Нещасного випадку, що мав місце під час дії цієї Програми, та за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та для здійснення Страхової Виплати, .

1.6. Страхова Виплата за цією Програмою здійснюється тільки у разі виконання таких умов:

1.6.1. Смерть Застрахованої Особи повинна бути прямим, незалежним від будь-яких інших чинників, наслідком тілесних ушкоджень, заподіяних зовнішнім, насильницьким та випадковим чином, про що (крім випадків втоплення або внутрішніх ушкоджень, виявлених розтином) існують докази у вигляді видимих синців або ран на поверхні тіла;

1.6.2. Страховик повинен отримати підтвердження того, що смерть Застрахованої Особи сталася до дати, зазначеної у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми;

1.6.3. Страховик повинен отримати підтвердження того, що нещасний випадок стався із Застрахованою Особою в період дії цієї Програми.

1.7. Будь-які Страхові Виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з Договором Страхування.

1.8. Малолітні та неповнолітні особи – тобто, особи, яким не виповнилося 18 (вісімнадцять) років - не можуть бути застраховані згідно з умовами цієї Програми.

**2. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування**

2.1. Випадок, передбачений в пункті 1.3 Програми, не визнається Страховим Випадком, якщо він є наслідком, прямо або опосередковано, будь-яких обставин, зазначених в статті 4 «Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування» Правил страхування, відповідно в такому разі Страхова Виплата, передбачена в пункті 1.5 Програми, не здійснюється.

2.2. Додатково до пункту 2.1 цієї Програми Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є наведене нижче, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:

2.2.1. Професійна діяльність Застрахованої Особи, у 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;

2.2.2. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким повітряним спортом, альпінізмом, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;

2.2.3. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажира на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;

2.2.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;

2.2.5. Тренування або пілотування або перебування в якості пасажира на планері або планері, який пілотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;

2.2.6. Участь у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;

2.2.7. Тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, 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;

2.2.8. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;

2.2.9. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передує Даті Початку дії цієї Програми, окрім випадків, якщо Договір Страхування діяв та страхові послуги надавались протягом 3 (трьох) років поспіль з дати введення в дію Договору Страхування;

2.2.10. 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;

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

2.2.12. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;

2.2.13. Нещасний Випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажира на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Застрахованою Особою службових обов'язків, з урахуванням пункту 2.2.1 цієї Програми. 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.

2.3. У разі настання Страхового Випадку «Смерть» факт відсутності трупа чи неможливості його ідентифікації призводить до невизнання такого випадку Страховим Випадком, крім випадків, коли цей факт визнаний юридичним фактом у судовому порядку.

2.4. Страхова Виплата буде здійснена, за умови що смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку мала місце:

- під час дії цієї Програми;
- до дати чергової річниці дії Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи;
- смерть мала місце протягом 365 днів від дати настання Нещасного випадку, який призвів до летального наслідку.

## 3. Права Страховика у випадку смерті Застрахованої Особи

Додатково до прав, передбачених в пункті 10.2 Правил страхування, Страховик має право, та йому повинен бути наданий дозвіл на проведення обраними Страховиком спеціалістами/експертами обстеження та розтину тіла Застрахованої Особи, якщо це не суперечить чинному законодавству України.

## 4. Початок дії Програми

Датою початку дії цієї Програми є дата початку дії Програми страхування основних ризиків Договору Страхування, якщо тільки цю Програму не було введено в дію та включено до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.

## 5. Припинення дії Програми

5.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення.

5.2. Додатково до статті 18 Правил дія цієї Програми припиняється у таких випадках:

5.2.1. Страхова Премія за цією Програмою або Програмою страхування основних ризиків не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду; або

5.2.2. Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Сплаченого Договору Страхування, як передбачено відповідною статтею Правил страхування, або дію Програми страхування основних ризиків було припинено на будь-яких підставах; або

5.2.3. Застраховану Особу визнано психічно хворою; або

5.2.4. Застрахована Особа вступила до військових наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або

5.2.5. Застрахована Особа стала членом будь-яких допоміжних або цивільних невійськових підрозділів, що допомагають військовим наземним, морським чи повітряним силам будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або

5.2.6. У чергову річницю дії цієї Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи, незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування; або

5.2.7. Після здійснення Страхової Виплати згідно з цією Програмою.

5.3. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов’язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов’язання повернення Страхувальнику незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії - це частина додаткової Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.

## 6. Ця Програма як частина Договору Страхування

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

6.1.1. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);

6.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);

6.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);

6.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);

6.1.5. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25).

6.2. 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 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.

**Додаток 1-8**

**Програма страхування додаткових ризиків**

**Страхування на випадок смерті внаслідок Нещасного випадку з виплатою додаткової Страхової Суми у випадку сирітства («Програма»)**

## 1. Предмет страхування

1.1. Положення цієї Програми складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування.

1.2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім'я та по батькові якої зазначаються у Страховому Полісі або у Додатку до Договору Страхування на письмову вимогу Страхувальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом дії Договору Страхування.

1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії зазначається у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.

1.4. Страховими Випадками, що включається до цієї Програми, є:

1.4.1. смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, що мав місце під час дії цієї Програми;
1.4.2. смерть Застрахованої Особи та його/ її подружжя внаслідок одного Нещасного Випадку.

1.5. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми, визначеної у Договорі Страхування як Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, Вигодонабувачу, якщо Застрахована Особа померла до дати, яка визначена в Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми, внаслідок Нещасного випадку, що мав місце під час дії цієї Програми, та за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та для здійснення Страхової Виплати.

1.6. У випадку смерті Застрахованої Особи та його/ її подружжя внаслідок одного Нещасного випадку Страховик зобов'язується здійснити виплату додаткової Страхової Суми на випадок смерті Застрахованої Особи та його/ її подружжя внаслідок одного Нещасного випадку (додаткова Страхова Сума у випадку сирітства). Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої

Особи та його/ її подружжя внаслідок одного Нещасного випадку встановлюється в розмірі суми, яка дорівнює меншій з двох сум:

- Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, визначена у Договорі Страхування;

- 500 000 (п'ятсот тисяч) грн., якщо інше не передбачено Договором Страхування.

1.7. Страхова Виплата за цією Програмою здійснюється тільки за умови виконання таких умов:

1.7.1. Смерть Застрахованої Особи повинна бути прямим наслідком тілесних ушкоджень, заподіяних зовнішнім, насильницьким та випадковим чином (крім випадків утоплення або внутрішніх ушкоджень, виявлених розтином), про що існують докази у вигляді видимих синців або ран на поверхні тіла;

1.7.2. Страховик повинен отримати підтвердження того, що смерть Застрахованої Особи сталася до дати, зазначеної у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми.

1.7.3. Страховик повинен отримати підтвердження того, що нещасний випадок стався із Застрахованою Особою в період дії цієї Програми.

1.8. Будь-які Страхові Виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з Договором Страхування.

1.9. Малолітні та неповнолітні особи – тобто, особи, яким не виповнилося 18 (вісімнадцять) років - не можуть бути застраховані згідно з умовами цієї Програми.

**2. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування**

2.1. Випадок, передбачений в пункті 1.4 Програми, не вважається Страховим Випадком, якщо він є наслідком, прямо або опосередковано, будь-яких обставин, зазначених в статті 4 «Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування» Правил страхування. Відповідно, в такому разі Страхові Виплати, передбачені в пунктах 1.5 та 1.6 Програми, не здійснюється.

2.2. Додатково до пункту 2.1 цієї Програми, Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є наведене нижче, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:

2.2.1. Професійна діяльність Застрахованої Особи, в тому числі за 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;

2.2.2. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким повітряним спортом, альпінізмом, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;

2.2.3. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажира на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;

2.2.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;

2.2.5. Тренування або пілотування або перебування в якості пасажира на планері або планері, який пілотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;

2.2.6. Участь у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;

2.2.7. Тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, 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;

2.2.8. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;

2.2.9. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передує Даті Початку дії цієї Програми, окрім випадків, якщо Договір Страхування діяв та страхові послуги надавались протягом 3 (трьох) років поспіль з дати введення в дію Договору Страхування;

2.2.10. 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;

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

2.2.12. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;

2.2.13. Нещасний випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажира на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Застрахованою Особою службових обов'язків, з урахуванням пункту 2.2.1 цієї Програми. 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.

2.3. У разі настання Страхового Випадку «Смерть» факт відсутності трупа чи неможливості його ідентифікації призводить до невизнання такого випадку Страховим Випадком, крім випадків, коли цей факт визнаний юридичним фактом у судовому порядку.

2.4. Страхова Виплата буде здійснена за умови, що смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку мала місце:

– протягом строку дії цієї Програми;

- до дати чергової річниці дії Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи;
- протягом 365 днів від дати настання Нещасного випадку, який призвів до летального наслідку.

## 3. Права Страховика у випадку смерті Застрахованої Особи

Додатково до прав, передбачених в пункті 10.2 Правил страхування, Страховик має право, та йому повинен бути наданий дозвіл на проведення обраними Страховиком спеціалістами/експертами обстеження та розтину тіла Застрахованої Особи, якщо це не суперечить чинному законодавству України.

## 4. Початок дії Програми

Датою початку дії цієї Програми є дата початку дії Програми страхування основних ризиків Договору Страхування, якщо тільки цю Програму не було введено в дію та включено до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.

## 5. Припинення дії Програми

5.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення.

5.2. Додатково до статті 18 Правил страхування дія цієї Програми припиняється у таких випадках:

5.2.1. Страхова Премія за цією Програмою або Програмою страхування основних ризиків не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду; або

5.2.2. Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Сплаченого Договору Страхування, як передбачено відповідною статтею Правил страхування, або дію Програми страхування основних ризиків було припинено на будь-яких підставах; або

5.2.3. Застраховану Особу визнано психічно хворою; або

5.2.4. Застрахована Особа вступила до військових наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або

5.2.5. Застрахована Особа стала членом будь-яких допоміжних або цивільних невійськових підрозділів, що допомагають військовим

наземним, морським чи повітряним силам будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або

5.2.6. У чергову річницю дії цієї Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи, незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування; або

5.2.7. Після здійснення Страхової Виплати згідно з цією Програмою.

5.3. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику незароблені частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії - це частина додаткової Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.

**6. Ця Програма як частина Договору Страхування**

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

6.1.1. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);

6.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);

6.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);

6.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);

6.1.5. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25).

6.2. 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 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.

**Додаток 1-9**

**Програма страхування додаткових ризиків**

**Страхування на випадок смерті/ каліцтва/**

**постійної та повної непрацездатності внаслідок Нещасного випадку**
**(«Програма»)**

## 1. Предмет страхування

1.1. Положення цієї Програми складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назву цієї Програми зазначено у Страховому Полісі або в Додатку до Договору 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 відповідному Додатку до Договору Страхування.

1.4. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми, визначеної у Договорі Страхування, Вигодонабувачу у разі смерті Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, що мав місце під час дії цієї Програми, до дати, яка визначена в Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми, та за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та для здійснення Страхової Виплати.

1.5. У випадку Постійної Непрацездатності Застрахованої Особи в результаті Нещасного випадку Страховик погоджується здійснити Страхову Виплату відповідно до умов цієї Програми на користь Застрахованої Особи.

1.6. Будь-які Страхові Виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з Договором Страхування.

1.7. Малолітні та неповнолітні особи – тобто, особи, яким не виповнилося 18 (вісімнадцять) років - не можуть бути застраховані за ризиком «Смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку» згідно з умовами цієї Програми.

## 2. Страховий Випадок та Страхові Виплати

Страховими Випадками за цією Програмою є Смерть, Каліцтво та/або Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку.

2.1. Смерть внаслідок Нещасного випадку:

2.1.1. Якщо внаслідок Нещасного випадку Застрахована Особа отримала тілесні ушкодження, що призвели до її смерті, Страховик зобов'язаний здійснити Страхову Виплату Вигодонабувачу за умови, що смерть настала протягом 365 днів з дня настання Нещасного випадку, який спричинив таку смерть;

2.1.2. Якщо Застрахована Особа була застрахована і на випадок смерті внаслідок Нещасного випадку, і на випадок Постійної та Повної непрацездатності внаслідок Нещасного випадку за одним і тим самим Договором Страхування, то настання такої непрацездатності та смерть Застрахованої Особи внаслідок того самого тілесного ушкодження розглядаються як настання одного страхового випадку, а саме: смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку;

2.1.3. Якщо Застрахована Особа отримала Страхову Виплату на випадок Непрацездатності внаслідок Нещасного випадку, і якщо після цього ті самі тілесні ушкодження зумовлять смерть Застрахованої Особи, то будь-які суми здійснених Страхових Виплат на випадок Непрацездатності внаслідок Нещасного випадку буде вирахувано із належної Страхової Виплати на випадок смерті внаслідок Нещасного випадку.

2.2. Постійна та Повна Непрацездатність:

2.2.1. Для цілей цієї програми Постійною та Повною Непрацездатністю Застрахованої Особи вважатиметься непрацездатність, яка не дозволятиме Застрахованій Особі займатися будь-якою професійною чи трудовою діяльністю, а також виконувати будь-яку розумову або фізичну працю за винагороду або заради отримання прибутку.

2.2.2. Якщо внаслідок Нещасного випадку Застрахована Особа отримала тілесні ушкодження, що протягом 365 днів, починаючи з дати настання Нещасного випадку, призведуть до Постійної та Повної Непрацездатності Застрахованої Особи, як визначено вище, то Страховик виплатить Страхову Суму з урахуванням положень пункту 2.2.4 цієї Програми за умови, що така непрацездатність тривала протягом 12 (дванадцяти) місяців безперервно і є повною та постійною в кінці цього періоду;

2.2.3. Однак, не зважаючи на п. 2.2.2 Програми, Страховик вважатиме Постійною та Повною Непрацездатністю і не застосовуватиме 12 - місячний очікувальний період до наведеного у таблиці нижче:

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

2.2.4. Страховик вирахує зі Страхової Виплати будь-які суми, які були сплачені раніше або підлягають виплаті за цією Програмою у зв'язку із тим самим видом непрацездатності внаслідок того самого Нещасного випадку.

2.3. Каліцтво

2.3.1. Якщо внаслідок Нещасного випадку, передбаченого цією Програмою, має місце Каліцтво, зазначене у Таблиці Видів Втрат, наведеної нижче у цьому пункті, то Страховик здійснює на користь Застрахованої Особи Страхові Виплати, які дорівнюють частині Страхової Суми згідно з Таблицею Видів Втрат для конкретної травми, але за умови, що таке Каліцтво є прямим наслідком такої травми незалежно від будь-яких інших обставин та сталося протягом 365 днів після настання Нещасного випадку, який зумовив таке Каліцтво;

**ТАБЛИЦЯ ВИДІВ ВТРАТ**

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

2.3.2. Якщо Застрахована Особа є ліворукою та зазначила це у Заяві на Страхування, або це офіційно визнано, тоді визначені вище частини Страхової Суми для різних видів непрацездатності лівих та правих кінцівок взаємно змінюються;

2.3.3. Якщо наслідки Нещасного випадку погіршуються через недбалість Застрахованої Особи або її відмову отримати необхідну медичну допомогу, то сума належних Страхових Виплат розраховується не згідно з реальними наслідками Нещасного випадку, що стався із Застрахованою Особою, а згідно з наслідками, які б мала звичайна фізично здорова особа у зв'язку з таким Нещасним випадком, 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;

2.3.4. Розмір Страхових Виплат, пов'язаних із видами каліцтва, які не зазначені в наведеній у пункті 2.3.1 Програми Таблиці Видів Втрат, розраховується відповідно до їх серйозності у порівнянні з тими випадками, що зазначені в Таблиці, і при цьому не береться до уваги професія чи місце роботи Застрахованої Особи;

2.3.5. Загальна сума Страхових Виплат, яка сплачується через настання декількох випадків каліцтва та Повної Непрацездатності внаслідок одного або декількох Нещасних Випадків, розраховується шляхом додавання різних сум, але загальний розмір не повинен перевищувати загальну Страхову Суму, зазначену у Договорі Страхування;

2.3.6. Будь-які випадки Каліцтва органів або частин тіла, що мають постійну аномалію або патологію, яка існувала до настання Нещасного випадку, виключаються зі Страхових Випадків за Договором Страхування в частині такої аномалії або патології, яка існувала до настання Нещасного випадку, що має бути підтверджено лікарем-експертом, призначеним Страховиком.

**3. Умови здійснення Страхових Виплат**

3.1. Підтвердження Смерті внаслідок Нещасного випадку надається одним із Вигодонабувачів або його законним представником у вигляді свідоцтва про смерть або, у разі зникнення тіла, судового рішення про оголошення громадянина померлим, що набуло законної сили.

3.2. Страхові Виплати на випадок Непрацездатності внаслідок Нещасного випадку (Постійної та Повної Непрацездатності) здійснюються після

медичного визнання Страховиком цієї Непрацездатності Постійною та Повною.

**4. Зовнішній вплив на Застраховану Особу та її зникнення**

4.1. Якщо через Нещасний випадок згідно з цією Програмою Застрахована Особа неминуче піддається зовнішньому впливу, внаслідок якого стає Непрацездатною, що обумовлює необхідність здійснення Страхових Виплат згідно з цією Програмою, то дія цієї Програми також поширюється на таку Непрацездатність.

4.2. Якщо тіло Застрахованої Особи не було знайдене після зникнення, примусового приземлення літального апарату, висадки на берег, затоплення або аварії транспортного засобу, на якому в якості пасажира або члена екіпажу знаходилась Застрахована Особа, то, за умови дотримання інших положень, такий випадок вважається Страховим Випадком «Смерть Застрахованої Особи» у разі оголошення Застрахованої Особи померлою у судовому порядку.

**5. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування**

5.1. Випадки, передбачені в пункті 2 Програми, не визнаються Страховим Випадком, якщо вони є наслідком, прямо або опосередковано, будь-яких обставин, зазначених в статті 4 «Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування» Правил добровільного страхування життя.

5.2. Додатково до пункту 5.1 цієї Програми Страховик не здійснює Страхових Виплат при настанні випадків, причиною яких є наведене нижче, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:

5.2.1. Професійна діяльність Застрахованої Особи за цією Програмою, 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;

5.2.2. 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;

5.2.3. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажира на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;

5.2.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;

5.2.5. Тренування або пілотування або перебування в якості пасажира на планері або планері, який пілотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;

5.2.6. Участь у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;

5.2.7. 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;

5.2.8. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;

5.2.9. 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;

5.2.10. 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;

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

5.2.12. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;

5.2.13. Нещасний випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажира на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Застрахованою Особою службових обов'язків, з урахуванням пункту 5.2.1 цієї Програми. 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;

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

5.2.15. Вакцинація та наслідки вакцинації.

5.3. Страхова Виплата буде здійснена, за умови що Страховий Випадок мав місце:

- протягом дії цієї Програми;
- до дати чергової річниці дії Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи.

**6. Права Страховика у разі настання Страхового Випадку**

Додатково до прав, передбачених в пункті 10.2 Правил страхування, Страховик має право проводити обстеження Застрахованої Особи з метою визначення, чи є її постійна непрацездатність внаслідок Нещасного випадку повною або частковою відповідно до умов цієї Програми. Будь-які належні Страхові Виплати відповідно до умов цієї Програми ґрунтуються на результатах зазначеного медичного обстеження.

**7. Початок дії Програми**

Датою початку дії цієї Програми буде дата початку дії Програми страхування основних ризиків Договору Страхування, якщо тільки цю Програму не було введено в дію та включено до Договору Страхування

пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у 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 у випадку здійснення Страхової Виплати на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку.

8.3. Додатково до статті 18 Правил добровільного страхування життя дія цієї Програми припиняється у таких випадках:

8.3.1. Застраховану Особу визнано психічно хворою; або

8.3.2. Застрахована Особа вступила до військових наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або

8.3.3. Застрахована Особа стала членом будь-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. У чергову річницю дії цієї Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи, незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування; або

8.3.5. Страхова Премія за цією Програмою або Програмою страхування основних ризиків не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду; або

8.3.6. Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Сплаченого Договору Страхування, як передбачено відповідною статтею Правил страхування, 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. Незароблена частина Страхової Премії - це частина додаткової Страхової Премії за

період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.

**9. Ця Програма як частина Договору Страхування**

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

9.1.1. 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 з ініціативи Страхувальника (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).

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 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.

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

**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 невідновну втрату зору; втратою зору вважається чіткість зору після корекції 3/60 або менше за шкалою Снеллера;
2.7.3. Втрата слуху або мовлення означає повну та невідновну втрату слуху або мовлення.

2.8. Будь-які випадки 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

| *Непрацездатність* | *Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)* | |
|---|---|---|
| **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% |
| Повний параліч верхньої кінцівки (невиліковне ураження нервів) | 65% | 55% |
| Повний параліч огинального нерва | 20% | 15% |
| Анкілоз плеча | 40% | 30% |
| Анкілоз ліктя: | | |
| - у сприятливому положенні (15 градусів від прямого кута); | 35% | 30% |
| - у несприятливому положенні | 40% | 35% |

| ***Непрацездатність*** | ***Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)*** | |
|---|---|---|
| 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% |
| Одночасна ампутація великого пальця і вказівного пальця | 35% | 25% |
| Повна втрата великого пальця та іншого пальця (крім вказівного) | 25% | 20% |
| Повна втрата двох пальців (крім великого та вказівного) | 12% | 8% |
| Повна втрата трьох пальців (крім великого та вказівного) | 20% | 15% |
| Повна втрата чотирьох пальців, включаючи великий палець | 45% | 40% |
| Повна втрата чотирьох пальців, виключаючи великий палець | 40% | 35% |
| Повна втрата середнього пальця | 10% | 8% |
| Повна втрата пальця (крім великого, вказівного та середнього) | 7% | 3% |
| **<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 (дезартикуляція на рівні гомілковостопного суглоба) | 45% | |
| Часткова втрата стопи (дезартикуляція на рівні підтаранного суглоба) | 40% | |
| Часткова втрата стопи (дезартикуляція на рівні поперечного суглоба стопи) | 35% | |

| *Непрацездатність* | *Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)* |
|---|---|
| Часткова втрата стопи (передплюсно-плюснева дезартикуляція) | 30% |
| Повний параліч нижньої кінцівки (невиліковне ураження нерва) | 60% |
| Повний параліч двох нервів (зовнішній та внутрішній підколінний сідничний нерв) | 40% |
| Повний параліч зовнішнього підколінного сідничного нерва | 20% |
| Повний параліч внутрішнього підколінного сідничного нерва | 30% |
| Анкілоз кульшового суглоба | 40% |
| Анкілоз колінного суглоба | 20% |
| Втрата кісткової тканини стегна або обох кісток гомілки (невиліковний стан) | 60% |
| Втрата кісткової тканини 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 пасажира 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 пасажира 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 пасажира 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.

**Додаток 1-11**

**Програма страхування додаткових ризиків**
**Страхування на випадок смерті або постійної та повної непрацездатності Страхувальника**
**(звільнення від сплати Страхових Премій) («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 у Додатку до Договору Страхування.

1.2. Згідно з цією Програмою здійснюється страхування додаткових ризиків Страхувальника, прізвище, ім’я та по батькові якого зазначаються в Договорі Страхування, на письмову вимогу Страхувальника, здійснену в момент подання Заяви на Страхування або пізніше у відповідному Додатку до Договору Страхування протягом строку дії Договору Страхування.

1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії зазначається у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.

1.4. Страховими Випадками, що включається до цієї Програми, є смерть або Постійна та Повна Непрацездатність Страхувальника.

1.5. Страховик зобов’язується до дати закінчення дії цієї Програми та за умови дотримання викладених далі умов:

а) після отримання та затвердження Страховиком необхідного письмового підтвердження смерті Страхувальника звільнити третіх осіб, на користь яких Страхувальник уклав Договір Страхування, або осіб, на яких відповідно до чинного законодавства України покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів Застрахованої Особи, від зобов’язання сплати кожної наступної Страхової Премії за Договором Страхування, починаючи з чергової Страхової Премії, термін сплати якої настане після дати смерті Страхувальника, і закінчуючи останньою Страховою Премією, термін сплати якої настане до закінчення дії цієї Програми згідно з пунктом 9 цієї Програми;

б) після отримання та затвердження Страховиком необхідного письмового підтвердження Постійної та Повної Непрацездатності Страхувальника, як цей термін визначено далі у пункті 2 цієї Програми, звільнити Страхувальника від зобов’язання сплати наступної Страхової Премії за Договором Страхування протягом періоду тривання такої Непрацездатності, починаючи з чергової Страхової Премії, термін сплати якої настане після дати початку такої Непрацездатності, і закінчуючи

датою одужання і припинення такої Непрацездатності або останньою датою терміну сплати Страхової Премії до закінчення дії цієї Програми згідно з пунктом 9 цієї Програми.

**2. Визначення Постійної та Повної Непрацездатності**

2.1. Постійною та Повною Непрацездатністю (далі за текстом також «Непрацездатність») згідно з цією Програмою є Непрацездатність, яка виникла внаслідок тілесних ушкоджень або хвороби і яка повністю та остаточно перешкоджає Страхувальнику займатися будь-якою професійною чи трудовою діяльністю, а також виконувати будь-яку розумову або фізичну працю за винагороду або заради отримання прибутку, за умови що Постійна та Повна Непрацездатність:

2.1.1. виникла внаслідок тілесних ушкоджень або хвороби протягом 180 (ста вісімдесяти) днів після дати настання Нещасного випадку або діагностування хвороби, які мали місце під час дії цієї Програми; та

2.1.2. безперервно триває протягом щонайменше 180 (ста вісімдесяти) днів. Непрацездатність протягом такого строку вважається Постійною та Повною тільки для цілей визначення початку зобов'язань Страховика щодо звільнення від сплати наступних Страхових Премій за Договором Страхування згідно з умовами цієї Програми.

2.2. Незалежно від положень пункту 2.1 цієї Програми, Страховик визнає як Постійну та Повну Непрацездатність таку непрацездатність, яка виникла внаслідок перерахованих нижче випадків:

а) повної та невідновної втрати зору на обидва ока; або

б) повної та невідновної втрати через відчленування:

- обох рук вище зап'ястка; або
- обох стоп вище гомілковостопного суглоба; або
- однієї руки вище зап'ястка та однієї стопи вище гомілковостопного суглоба.

**3. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування на випадок Смерті або Постійної та Повної Непрацездатності Страхувальника**

Страховик звільнить від зобов'язання сплати Страхової Премії Страхувальника або третіх осіб, на користь яких Страхувальник уклав Договір Страхування, або осіб, на яких відповідно до чинного законодавства України покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів Застрахованої Особи, за умови що:

3.1. така Смерть/ Непрацездатність Страхувальника не є наслідком:

3.1.1. будь-яких обставин, зазначених в статті 4 Правил страхування;

3.1.2. додатково до пункту 3.1.1 цієї Програми, Страховик не визнає Страховими Випадками випадки, причиною яких є професійна діяльність Страхувальника, в тому числі за таким фахом:

- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
- каскадери;
- військові репортери та репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (що працюють у політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
- військовослужбовці збройних сил, незалежно від військової спеціальності, роду військ, військового звання та форми проходження військової служби,
- службовці МВС;
- парашутисти;
- члени інформаційної служби;
- охоронці, незалежно від того, озброєні чи ні;
- робітники, що працюють із використанням гірського спорядження (на висоті вище трьох поверхів), робота на щоглах та на опорних щоглах високовольтних ліній електропередачі;
- аварійно-рятувальні служби у високогірних районах (із використанням вертольотів, альпіністи);
- водолази, працівники, чия діяльність пов’язана із підводним занурюванням;
- члени гірської рятувальної служби;
- гірські провідники;
- працівники рятувальних служб, підпорядкованих відповідним органам державної влади (МНС або аналогічні), що безпосередньо виконують рятувальні роботи на місці подій у випадку виникнення надзвичайних ситуацій, катастроф природнього або техногенного характеру тощо або роботи з протидії таким явищам та їхнім негативним наслідкам;
- пожежники;
- шахтарі в забої;
- працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
- персонал, що обслуговує техніку та залізничне полотно;
- професійні спортсмени та тренери;
- циркові артисти (акробати, дресирувальники);

3.1.3. Тілесних ушкоджень або хвороби, навмисно завданих Страхувальником самому собі, у здоровому глузді або в стані психічного розладу;

3.1.4. Тілесних ушкоджень, навмисно нанесених Страхувальнику будь-якою особою або особами за згодою Страхувальника, незалежно від психічного стану Страхувальника;

3.1.5. 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;

3.1.6. Тілесних ушкоджень, отриманих:

3.1.6.1. Внаслідок заняття Страхувальником спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Страхувальником спортом на любительському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким кінним спортом, повітряним спортом, альпінізмом, бойовими видами мистецтва, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;

3.1.6.2. Внаслідок подорожування або польоту на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажира на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;

3.1.6.3. Внаслідок пересування на підводному човні будь-якого типу;

3.1.6.4. Внаслідок тренування або пілотування або перебування в якості пасажира на планері або планері, який пілотується вручну, у випадку стрибка Страхувальника з парашутом;

3.1.6.5. Внаслідок безпосередньої участі у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;

3.1.6.6. Прямо або опосередковано, повністю або частково, внаслідок отруєння будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння 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;

3.1.6.7. Внаслідок будь-яких методів або способів лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;

3.1.6.8. Прямо чи опосередковано, повністю або частково внаслідок будь-якого інфекційного бактеріального зараження, за винятком інфекційного зараження внаслідок порізу або поранення, що сталися випадково;

3.1.6.9. Внаслідок проходження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;

3.1.6.10. Внаслідок лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;

3.1.6.11. Внаслідок вакцинації та наслідків вакцинації;

3.1.6.12. Внаслідок Нещасного випадку в результаті керування Страхувальником мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажира на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Страхувальником службових обов'язків, з урахуванням пункту 3.1.2 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;

3.1.6.13. Внаслідок тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного випадку, які спричинили килу, люмбаго або запалення сідничного нерва.

3.2. Смерть/ Непрацездатність настала внаслідок тілесних ушкоджень або хвороби, що мали місце протягом періоду дії цієї Програми, та усі належні за цією Програмою Страхові Премії були сплачені відповідно до умов Договору Страхування.

3.3. Смерть/ Непрацездатність настала до дати чергової річниці дії Програми після 60-го дня народження Страхувальника.

3.4. Смерть/ Непрацездатність настала до дати чергової річниці дії Програми після 21-го дня народження Застрахованої Особи.

3.5. Однак, у випадку смерті Страхувальника або тривання Постійної та Повної Непрацездатності звільнення від зобов'язання сплати Страхових Премій зберігатиме чинність до першої з таких дат:

1) до дати закінчення дії Договору Страхування; або

2) до дати чергової річниці дії Договору Страхування після 21-го дня народження Застрахованої Особи; або

3) до дати чергової річниці дії Договору Страхування після 65-го дня народження Страхувальника, незалежно від того, чи є Страхувальник живим на цю дату; або

4) до дати одужання Страхувальника та припинення Непрацездатності (відновлення здатності Страхувальника працювати або займатися будь-якою професійною чи трудовою діяльністю, пов'язаною з отриманням доходу).

**4. Повідомлення про настання Страхового Випадку «Смерть»**

Особи, що подають заяву про настання Страхового Випадку за цією Програмою, зобов'язані повідомити Страховика в письмовій формі про смерть Страхувальника із подальшим наданням всіх необхідних документів, перерахованих в пункті 15.1 Правил.

**5. Повідомлення про настання Страхового Випадку «Непрацездатність»**

5.1. Для ухвалення рішення за заявою про настання Страхового Випадку за цією Програмою Страхувальник зобов'язаний у 30-денний термін поінформувати Страховика про настання непрацездатності у письмовій формі будь-яким способом, який дозволить Страховику зареєструвати таке повідомлення, із подальшим наданням всіх необхідних документів, перерахованих в пункті 15.1 Правил залежно від причини настання непрацездатності.

5.2. Вищезазначені документи надаються протягом періоду тривання Непрацездатності Страхувальника.

5.3. Невиконання умов пункту 5.1 або 5.2 цієї Програми дає Страховику право скасувати своє зобов'язання щодо звільнення від сплати Страхових Премій.

5.4. Звільнення від зобов'язання сплати Страхових Премій набирає чинності (якщо інше не зазначено в Договорі Страхування) після отримання Страховиком повного підтвердження Непрацездатності Страхувальника відповідно до вимог пункту 2 цієї Програми.

**6. Права Страховика у випадку Непрацездатності Страхувальника**

Страховик має право проводити обстеження Страхувальника з метою визначення його Постійної та Повної Непрацездатності відповідно до умов цієї Програми. Звільнення від зобов'язання сплати Страхової Премії згідно з цією Програмою залежить від результатів медичного обстеження у тих випадках, коли таке право використовується Страховиком. Медичне обстеження здійснюється за рахунок Страховика, якщо Договором Страхування не передбачено інше.

**7. Підтвердження тривалості Непрацездатності**

7.1. Незважаючи на те, що підтвердження Непрацездатності може бути прийняте Страховиком як достатнє та переконливе, Страхувальник повинен надавати Страховику на його вимогу через розумно необхідні проміжки часу відповідні підтвердження про характер тривалості такої Непрацездатності. Якщо Непрацездатність продовжувалась безперервно протягом двох повних років, Страховик вимагатиме отримання зазначеного підтвердження не частіше ніж один раз на рік.

7.2. Якщо Страхувальник не надає таке підтвердження або з'ясовується, що він відновив здатність здійснювати будь-яку трудову чи професійну діяльність, а також виконувати будь-яку розумову або фізичну працю за плату чи заради отримання прибутку, то повна сума всіх Страхових Премій, що підлягають сплаті після такого ненадання або з'ясування, має сплачуватися Страхувальником згідно з умовами Договору Страхування та цієї Програми.

**8. Початок дії Програми**

8.1. Датою початку дії цієї Програми є дата початку дії Програми страхування основних ризиків за Договором Страхування, якщо тільки цю Програму не було включено в Договір Страхування та введено в дію пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.

8.2. На дату початку дії цієї Програми:

8.2.1. вік Страхувальника має бути не більше 55 (п'ятдесяти п'яти) років; та

8.2.2. вік Застрахованої Особи має бути не більше 21 (двадцяти одного) року.

**9. Припинення дії Програми**

9.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення.

9.2. Додатково до статті 18 Правил страхування дія цієї Програми припиняється у таких випадках:

9.2.1. якщо чергова Страхова Премія за Договором Страхування не сплачена після настання терміну її сплати протягом Пільгового Періоду, встановленого в Правилах страхування; або

9.2.2. у випадку відмови від Договору Страхування або набуття Договором Страхування статусу повністю Сплаченого Договору Страхування,

як передбачено відповідною статтею Правил страхування, або припинення його дії на інших підставах; або

9.2.3. в дату закінчення дії страхування за цією Програмою, визначену в Договорі Страхування; або

9.2.4. якщо Страхувальник вступив до військових наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або

9.2.5. якщо Страхувальник став членом будь-яких допоміжних або цивільних невійськових підрозділів, що допомагають військовим наземним, морським чи повітряним силам будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або

9.2.6. у першу з таких дат незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування:

– у чергову річницю дії цієї Програми після 60-го дня народження Страхувальника з урахуванням положень пункту 3.5 цієї Програми, або

– у чергову річницю дії цієї Програми після 21-го дня народження Застрахованої Особи .

9.3. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою 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 додаткової Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення дії Програми та закінчується датою терміну сплати наступної Страхової Премії.

## 10. Сплата Страхових Премій у випадку Непрацездатності

10.1. Щодо цієї Програми застосовуються відповідні положення Правил страхування щодо сплати Страхових Премій. Додатковою умовою, однак, є те, що Страхувальник не має права змінювати графік сплати Страхових Премій протягом тривання Непрацездатності.

10.2. Звільнення Страховиком від зобов'язання сплати Страхових Премій набирає чинності, починаючи з чергової належної дати сплати Страхової Премії, яка настає після смерті або підтвердження Непрацездатності відповідно до вимог пункту 2 цієї Програми. Страхувальник зобов'язаний

сплачувати Страхові Премії, передбачені Договором Страхування, належні дати сплати яких настають до дати затвердження факту Непрацездатності Страховиком. Після затвердження Страховиком факту Непрацездатності Страхувальника відповідно до вимог пункту 2 цієї Програми Страховик поверне всі Страхові Премії, сплачені Страхувальником в період з дати настання Непрацездатності до дати її затвердження Страховиком.

**11. Страхові Виплати за Договором Страхування**

11.1. Сума Страхових Виплат згідно з Договором Страхування не зменшується пропорційно сумі Страхових Премій, від сплати яких Страхувальник був звільнений згідно з цією Програмою.

11.2. Будь-яка сума Негарантованого бонусу, а також будь-яка Викупна Сума відповідно до Договору Страхування розраховуються так, якби Страхові Премії були сплачені Страхувальником.

**12. Помилкова інформація**

До цієї Програми застосовуються положення статті 16 Правил страхування. Додатково встановлюється, що у випадку неправильного зазначення реального віку Застрахованої Особи та/або Страхувальника, навмисного або ненавмисного, в момент подання Заяви на страхування, Програма є недійсною, якщо реальний вік Застрахованої Особи був більшим за 21 рік та/або реальний вік Страхувальника був більшим за 55 років, та будь-яку додаткову Страхову Премію, сплачену за цією Програмою, має бути повернено Страхувальнику за винятком будь-яких сум, належних до сплати Страховику.

**13. Ця Програма як частина Договору Страхування**

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

13.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
13.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
13.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);
13.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).

13.2. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25) до цієї Програми не застосовується.

13.3. Після настання Страхового Випадку згідно з цією Програмою Страховик має право відмовитися вносити будь-які зміни до Договору Страхування.

**Додаток 1-12**

**Програма страхування додаткових ризиків**
**Страхування на випадок постійної та повної непрацездатності Страхувальника**
**(звільнення Страхувальника від сплати Страхових Премій на час непрацездатності)**
**(«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 здійснюється страхування додаткових ризиків Страхувальника, прізвище, ім'я та по батькові якого вказуються в Страховому Полісі, на письмову вимогу Страхувальника, здійснену в момент подання Заяви на Страхування або пізніше у відповідному Додатку до Договору Страхування протягом строку дії Договору Страхування.

1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії вказується у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.

1.4. Страховик зобов'язується звільнити Страхувальника від зобов'язання сплати Страхової Премії за Договором Страхування після отримання Страховиком письмового підтвердження Постійної та Повної Непрацездатності Страхувальника, як цей термін визначено далі у пункті 2 цієї Програми. Страхувальник буде звільнений від зобов'язання сплати Страхової Премії протягом періоду тривання такої Непрацездатності, починаючи з чергової Страхової Премії, термін сплати якої настане після дати початку такої Непрацездатності, і закінчуючи датою одужання і припинення такої Непрацездатності або датою закінчення дії Договору Страхування. Однак, Страхувальник не може бути звільнений від зобов'язання сплати Страхових Премій, термін сплати яких настав раніше, ніж за 180 (сто вісімдесят) днів до дати отримання Страховиком письмового повідомлення про настання випадку, що має ознаки страхового за цією Програмою.

## 2. Визначення Постійної та Повної Непрацездатності

2.1. Постійною та Повною Непрацездатністю (далі за текстом також «Непрацездатність») згідно з цією Програмою є Непрацездатність, яка виникла внаслідок тілесних ушкоджень або хвороби і яка повністю та остаточно перешкоджає Страхувальнику займатися будь-якою професійною чи трудовою діяльністю, а також виконувати будь-яку розумову або фізичну

працю за винагороду або заради отримання прибутку, за умови що Постійна та Повна Непрацездатність:

2.1.1. виникла внаслідок тілесних ушкоджень або хвороби протягом 180 (ста вісімдесяти) днів після дати настання Нещасного випадку або діагностування хвороби; та

2.1.2. безперервно триває протягом щонайменше 180 (ста вісімдесяти) днів. Непрацездатність протягом такого строку вважається Постійною та Повною тільки для цілей визначення початку відповідних зобов'язань Страховика щодо звільнення від сплати наступних Страхових Премій за Договором Страхування згідно з умовами цієї Програми.

2.2. Незалежно від положень пункту 2.1 Програми, Страховик визнає як Постійну та Повну Непрацездатність таку непрацездатність, яка виникла внаслідок перерахованих нижче випадків:

а) повної та невідновної втрати зору на обидва ока; або

б) повної та невідновної втрати через відчленування:

- обох рук вище зап'ястя; або
- обох стоп вище гомілковостопного суглоба; або
- однієї руки вище зап'ястя та однієї стопи вище гомілковостопного суглоба.

**3. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування на випадок Непрацездатності Страхувальника**

Страховик звільнить Страхувальника від зобов'язання сплати Страхової Премії, за умови що:

3.1. Така Непрацездатність не є наслідком:

3.1.1. будь-яких обставин, зазначених у статті 4 Правил страхування;

3.1.2. додатково до пункту 3.1.1 цієї Програми, Страховик не визнає Страховими Випадками випадки, причиною яких є професійна діяльність Страхувальника, в тому числі за таким фахом:

– особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
– каскадери;
– військові репортери та репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (що працюють у політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
– військовослужбовці збройних сил, незалежно від військової спеціальності, роду військ, військового звання та форми проходження військової служби,

- службовці МВС;
- парашутисти;
- члени інформаційної служби;
- охоронці, незалежно від того, озброєні чи ні;
- робітники, що працюють із використанням гірського спорядження (на висоті вище трьох поверхів), робота на щоглах та на опорних щоглах високовольтних ліній електропередачі;
- аварійно-рятувальні служби у високогірних районах (із використанням вертольотів, альпіністи);
- водолази, працівники, чия діяльність пов'язана із підводним занурюванням;
- члени гірської рятувальної служби;
- гірські провідники;
- працівники рятувальних служб, підпорядкованих відповідним органам державної влади (МНС або аналогічні), що безпосередньо виконують рятувальні роботи на місці подій у випадку виникнення надзвичайних ситуацій, катастроф природнього або техногенного характеру тощо або роботи з протидії таким явищам та їхнім негативним наслідкам;
- пожежники;
- шахтарі в забої;
- працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
- персонал, що обслуговує техніку та залізничне полотно;
- професійні спортсмени та тренери;
- циркові артисти (акробати, дресирувальники);

3.1.3. Тілесних ушкоджень або хвороби, навмисно завданих самому собі, у здоровому глузді або в стані психічного розладу;

3.1.4. Тілесних ушкоджень, навмисно нанесених Страхувальнику будь-якою особою або особами за згодою Страхувальника, незалежно від психічного стану Страхувальника;

3.1.5. 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;

3.1.6. Тілесних ушкоджень, отриманих:

3.1.6.1. Внаслідок заняття Страхувальника спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Страхувальника спортом на любительському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким кінним спортом, повітряним спортом, альпінізмом, бойовими видами мистецтва, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;

3.1.6.2. Внаслідок подорожування або польоту на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажира на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;

3.1.6.3. Внаслідок пересування на підводному човні будь-якого типу;

3.1.6.4. Внаслідок тренування або пілотування або перебування в якості пасажира на планері або планері, який пілотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Страхувальника;

3.1.6.5. Внаслідок безпосередньої участі у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;

3.1.6.6. Прямо або опосередковано, повністю або частково, внаслідок отруєння будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння 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;

3.1.6.7. Внаслідок будь-яких методів або способів лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;

3.1.6.8. Прямо чи опосередковано, повністю або частково внаслідок будь-якого інфекційного бактеріального зараження, за винятком інфекційного зараження внаслідок порізу або поранення, що сталися випадково;

3.1.6.9. Внаслідок проходження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;

3.1.6.10. Внаслідок лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;

3.1.6.11. Внаслідок вакцинації та наслідків вакцинації;

3.1.6.12. Внаслідок Нещасного випадку в результаті керування Страхувальником мотоциклетним транспортним засобом із об’ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажира на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов’язане з виконанням Страхувальником

службових обов'язків, з урахуванням пункту 3.1.2 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;

3.1.6.13. Внаслідок Нещасного випадку, та які спричинили килу, люмбаго або запалення сідничного нерва.

3.2. Непрацездатність настала внаслідок тілесних ушкоджень або хвороби, що мали місце протягом періоду дії цієї Програми, та всі належні Страхові Премії були сплачені відповідно до умов Договору Страхування.

3.3. Непрацездатність виникла до дати чергової річниці дії Програми після 60-го дня народження Страхувальника.

3.4. Однак, у будь-якому випадку звільнення від зобов'язання сплати Страхових Премій зберігатиме чинність до першої з таких дат:

1) до дати закінчення дії Договору Страхування;

2) до дати чергової річниці дії Договору Страхування після 65-го дня народження Страхувальника;

3) до дати одужання Страхувальника та припинення Непрацездатності (відновлення здатності Страхувальника працювати або займатися будь-якою професійною чи трудовою діяльністю, пов'язаною з отриманням доходу).

## 4. Повідомлення про настання Страхового Випадку

4.1. Для ухвалення рішення за заявою про настання Страхового Випадку за цією Програмою Страхувальник зобов'язаний у 30-денний термін поінформувати Страховика про настання непрацездатності у письмовій формі будь-яким способом, який дозволить Страховику зареєструвати таке повідомлення, із подальшим наданням всіх необхідних документів, перерахованих у пункті 15.1 Правил залежно від причини настання непрацездатності.

4.2. Вищезазначені документи надаються:

4.2.1. протягом життя Страхувальника; та

4.2.2. протягом тривання Непрацездатності Страхувальника.

4.3. Невиконання умов пунктів 4.1 і 4.2 цієї Програми дає Страховику право відмовити Страхувальнику у звільненні від сплати наступних Страхових Премій за Договором Страхування згідно з умовами цієї Програми.

4.4. Звільнення від зобов'язання сплати Страхових Премій набирає чинності (якщо інше не зазначено в Договорі Страхування) після отримання Страховиком повного підтвердження Непрацездатності Страхувальника відповідно до вимог пункту 2 цієї Програми.

**5. Права Страховика у випадку Непрацездатності Страхувальника**

Страховик має право проводити обстеження Страхувальника з метою визначення його Постійної та Повної Непрацездатності, відповідно до умов цієї Програми. Звільнення від зобов'язання сплати Страхової Премії згідно з цією Програмою залежить від результатів медичного обстеження у тих випадках, коли таке право використовується Страховиком. Медичне обстеження здійснюється за рахунок Страховика, якщо Договором Страхування не передбачено інше.

**6. Підтвердження тривалості Непрацездатності**

6.1. Незважаючи на те, що підтвердження Непрацездатності може бути прийняте Страховиком як достатнє та переконливе, Страхувальник повинен надавати Страховику на його вимогу через розумно необхідні проміжки часу відповідні підтвердження про характер тривалості такої Непрацездатності. Якщо Непрацездатність продовжувалась безперервно протягом двох повних років, Страховик вимагатиме отримання зазначеного підтвердження не частіше ніж один раз на рік.

6.2. Якщо Страхувальник не надає таке підтвердження або з'ясовується, що він відновив здатність здійснювати будь-яку трудову чи професійну діяльність, а також виконувати будь-яку розумову або фізичну працю за плату чи заради отримання прибутку, то повна сума всіх Страхових Премій, що підлягають сплаті після такого ненадання або з'ясування, має сплачуватися Страхувальником згідно з умовами Договору Страхування та цієї Програми.

**7. Початок дії Програми**

Датою початку дії цієї Програми є дата початку дії Програми страхування основних ризиків за Договором Страхування, якщо тільки цю Програму не було включено до Договору Страхування та введено в дію пізніше. В такому

випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.

**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. Додатково до статті 18 Правил страхування дія цієї Програми припиняється:

8.2.1. Після дати закінчення дії цієї Програми, визначеної в Договорі Страхування; або

8.2.2. Якщо будь-яка Страхова Премія за Договором Страхування не сплачується після настання терміну її сплати або протягом Пільгового Періоду, встановленого у Правилах страхування; або

8.2.3. Якщо має місце відмова від Договору Страхування або Договір Страхування набув статусу повністю Сплаченого Договору Страхування, як передбачено відповідною статтею Правил страхування, або його дію припинено на інших підставах; або

8.2.4. Якщо Страхувальник вступив до військових наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або

8.2.5. Якщо Страхувальник став 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

8.2.6. У чергову річницю дії Договору Страхування після 60-го дня народження Страхувальника, незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування, з урахуванням пункту 3.4 цієї Програми.

8.3. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов’язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов’язання повернення Страхувальнику, відповідно до чинного законодавства України, незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії - це частина додаткової Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.

**9. Сплата Страхових Премій**

9.1. Щодо цієї Програми застосовуються відповідні положення Правил Страхування щодо сплати Страхових Премій. Додатковою умовою, однак, є те, що Страхувальник не має права змінювати графік сплати Страхових Премій протягом тривання Непрацездатності.

9.2. Звільнення Страховиком від зобов'язання сплати Страхових Премій набирає чинності, починаючи з належної дати сплати Страхової Премії, яка настає після початку Непрацездатності, за умови підтвердження Непрацездатності відповідно до вимог пункту 2 цієї Програми. Страхувальник зобов'язаний сплачувати Страхові Премії, передбачені Договором Страхування, належні дати сплати яких настають до дати затвердження факту Непрацездатності Страховиком. Після підтвердження Страховиком факту Непрацездатності Страхувальника відповідно до вимог пункту 2 цієї Програми Страховик поверне всі Страхові Премії, сплачені Страхувальником в період з дати настання Непрацездатності до дати її затвердження Страховиком.

**10. Страхові Виплати за Договором Страхування**

10.1. Сума Страхових Виплат згідно з Договором Страхування не зменшується пропорційно сумі Страхових Премій, від сплати яких Страхувальник був звільнений згідно з цією Програмою.

10.2. Будь-яка сума Негарантованого бонусу, а також будь-яка Викупна Сума відповідно до Договору Страхування розраховуються так, якби Страхові Премії були сплачені Страхувальником.

**11. Помилкова інформація**

До цієї Програми застосовуються положення статті 16 Правил страхування, із додатковим положенням, що у випадку неправильного зазначення реального віку Страхувальника, навмисного або ненавмисного, в момент подання Заяви на Страхування, Програма є недійсною, якщо реальний вік Страхувальника був більшим 55 років, та будь-яку додаткову Страхову Премію, сплачену за цією Програмою, має бути повернено Страхувальнику за винятком будь-яких сум, належних до сплати Страховику.

**12. Ця Програма як частина Договору Страхування**

12.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил Страхування стосовно:

12.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
12.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);

12.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);
12.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).

12.2. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25) до цієї Програми не застосовується.

12.3. Після настання Страхового Випадку згідно з цією Програмою Страховик має право відмовитися вносити будь-які зміни до Договору Страхування.

**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.

**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:<br>зовнішньої пластинки кісток склепіння<br>а) склепіння<br>б) основи<br>в) склепіння та основи<br>Примітка. У разі відкритого перелому кісток черепа додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5% Страхової Суми | <br>5%<br>15%<br>20%<br>25% |

| | | |
|---|---|---|
| 2 | Внутрішньочерепні травматичні гематоми:<br>а) епідуральна<br>б) субдуральна, внутрішньомозкова<br>в) епідуральна та субдуральна (внутрішньомозкова) | <br>15%<br>20%<br>25% |
| 3 | Травма головного мозку:<br>а) Струс головного мозку (у разі стаціонарного лікування від 3 до 13 днів)<br>б) Струс головного мозку (у разі стаціонарного лікування понад 14 днів)<br>в) Струс головного мозку, субарахноїдальний крововилив<br>г) Залишкові чужорідні тіла в порожнині черепа (за винятком швів та пластикових елементів)<br>ґ) Розтрощення (або розчавлення) речовини головного мозку (без зазначення симптомів і ознак)<br>Примітка:<br>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.<br>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.<br>У разі ушкоджень, зазначених в різних статтях, страхова сума виплачується з урахуванням кожного з них шляхом додавання. | <br>3%<br>5%<br>10%<br>15%<br>50% |
| 4 | Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що спричинило:<br>а) астенічний синдром, дистонію, енцефалопатію у дітей у віці до 16 років<br>б) арахноїдит, енцефаліт (захворювання), арахноенцефаліт<br>в) епілепсію<br>г) верхній або нижній монопарез (парез однієї верхньої або нижньої кінцівки)<br>ґ) гемі- або парапарез (парез обох верхніх або обох нижніх кінцівок, парез правих або лівих кінцівок), амнезію (втрату пам'яті)<br>д) моноплегію (параліч однієї кінцівки)<br>е) тетрапарез (парез верхніх та нижніх кінцівок), порушення координації рухів, слабоумство (деменцію)<br>є) гемі-, пара- або тетраплегію, афазію (втрату мовлення), декортикацію, порушення функції тазових органів.<br>Примітка: | <br>5%<br>10%<br>15%<br>30%<br>40%<br>60%<br>70%<br>100% |

| | | |
|---|---|---|
| | 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 %.<br>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.<br>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. | |
| 5 | Периферичне ушкодження одного або декількох черепно-мозкових нервів.<br>Примітка: Якщо ушкодження черепно-мозкових нервів настало через перелом основи черепа, Страхова Виплата здійснюється за ст.1; ст.5 у такому випадку не застосовується. | 10% |
| 6 | Травма спинного мозку на будь-якому рівні, кінського хвоста, поліомієліт (захворювання), без зазначення симптомів:<br>а) забиття<br>б) здавлювання, гематомієлія, поліомієліт<br>в) частковий розрив<br>г) повний розрив спинного мозку<br>Примітка:<br>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, підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу, Страхова Виплата за ст.4 здійснюється додатково до здійсненої раніше.<br>2. Якщо у зв'язку з травмою хребта та спинного мозку проводились оперативні втручання, додатково одноразово здійснюється Виплата у розмірі 15 % Страхової суми. | 10%<br>30%<br>50%<br>100% |
| 7 | Травматичні неврити на одній кінцівці (за виключенням невриту пальцевих нервів) | 5% |
| 8 | Ушкодження (розрив, поранення) шийного, плечового, поперекового, крижового сплетінь:<br>а) травматичний плексит | 10% |

| | | |
|---|---|---|
| | б) частковий розрив сплетіння<br>в) розрив сплетіння<br>Примітка:<br>1. Ст. 7 та 8 одночасно не застосовуються.<br>2. Невралгії, невропатії, що виникли у зв'язку з травмою, не є підставою для здійснення Страхової Виплати. | 40%<br>70% |
| 9 | Розрив нервів:<br>а) гілок променевого, ліктьового, серединного (пальцевих нервів) на кисті<br>б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба та передпліччя; малогомілкового або великогомілкового нервів<br>в) двох та більше: променевого, ліктьового або серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба та передпліччя; малогомілкового або великогомілкового нервів<br>г) одного: пахвового, променевого, ліктьового або серединного – на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного або кульшового (затульного)<br>ґ) двох та більше: пахвового, променевого, ліктьового або серединного – на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного або кульшового (затульного)<br>Примітка. Ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи та кисті не є підставою для здійснення Страхової Виплати. | 5%<br>10%<br>20%<br>25%<br>40% |
| | **ОРГАНИ ЗОРУ** | |
| 10 | Параліч акомодації одного ока | 15% |
| 11 | Геміанопсія (випадіння половини поля зору одного ока) | 15% |
| 12 | Звуження поля зору одного ока:<br>а) неконцентричне<br>б) концентричне | 10%<br>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 сльозопровідних шляхів одного ока | 10% |
| 16 | Опіки II, III ступенів, поранення очного яблука, що не проникає, гемофтальм, зміщення кришталика, не видалені сторонні тіла в очному яблуці та тканинах очної западини, кон'юнктивіт, кератит | 5% |
| 17 | Ушкодження ока (очей), що спричинило повну втрату зору єдиного ока або обох очей, що мали гостроту зору не нижче 0,01 | 100% |
| 18 | Видалення внаслідок травми очного яблука сліпого ока | 10% |
| 19 | Перелом орбіти | 50% |

| | | |
|---|---|---|
| 20 | Зниження гостроти зору. 3 ступеня:<br>а) слабкий ступінь (гострота зору від -0.5 до - 3)<br>б) середній ступінь ( від –3.25 до -6)<br>в) сильний ступінь (від -6.25 і більше)<br>Примітка:<br>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.<br>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.<br>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.<br>4. У тому випадку, якщо у зв'язку з посттравматичним зниженням гостроти зору було імплантовано штучний кришталик або застосовано коригувальну лінзу, сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням гостроти зору до операції. | 5%<br>15%<br>50% |
| | **ОРГАНИ СЛУХУ** | |
| 21 | Травма вушної раковини, що спричинила:<br>а) перелом хряща<br>б) втрату менше 1/3 частини вушної раковини<br>в) втрату 1/2 частини вушної раковини<br>г) повну втрату вушної раковини | 2%<br>5%<br>15%<br>30% |
| 22 | Травма одного вуха, що спричинила зниження слуху:<br>а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м<br>б) шепітна мова - до 1 м<br>в) повна глухота (розмовна мова - 0) | 5%<br>15%<br>25% |
| 23 | Розрив однієї барабанної перетинки, що стався в результаті травми та не спричинив зниження слуху.<br>Примітка. Розрив барабанної перетинки внаслідок перелому основи черепа не покривається. | 5% |
| 24 | Травма одного вуха, що спричинила посттравматичний отит: | |

| | | |
|---|---|---|
| | а) гострий гнійний<br>б) хронічний<br>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%<br>5% |
| | **СИСТЕМА ДИХАННЯ** | |
| 25 | Перелом, вивих кісток, хряща носа, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, решітчастої кістки<br>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 | Травма легені, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмонія, ексудативний плеврит, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини:<br>а) з одного боку<br>б) з двох боків<br>Примітка:<br>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<br>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. | 5%<br>10% |
| 27 | Травма грудної клітки та її органів, що спричинило:<br>а) легеневу недостатність (після закінчення тримісячного терміну з дати отримання травми)<br>б) видалення долі, частини легені<br>в) видалення однієї легені<br>Примітка: У разі здійснення Страхової Виплати за ст.27 (б, в) ст.27 (а) не застосовується. | 10%<br>40%<br>60% |
| 28 | Перелом грудини | 10% |
| 29 | Перелом ребра, за кожне<br>Примітка: 1. У разі перелому ребер під час реанімаційних заходів Страхова Виплата здійснюється на загальних підставах.<br>2. Перелом хрящової частини ребра є підставою для здійснення Страхової Виплати. | 3% |

| | | |
|---|---|---|
| | 3. Якщо у довідках, отриманих з різних лікувально-профілактичних закладів, буде зазначено різну кількість ушкоджених ребер, сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням більшої кількості ушкоджених ребер. | |
| 30 | Травма грудної клітки з проникненням, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою:<br>а) торакоскопія, торакоцентез, травма з проникненням без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребувало проведення торакотомії<br>торакотомія:<br>б) за відсутності ушкодження органів грудної порожнини<br>в) за ушкодження органів грудної порожнини<br>г) повторні торакотомії (незалежно від їх кількості)<br>Примітка:<br>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.<br>2. Якщо у зв'язку з травмою грудної порожнини проводились торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, одноразово здійснюється Страхова Виплата, сума якої розраховується відповідно до найскладнішого втручання. | 5%<br>10%<br>15%<br>10% |
| 31 | Ушкодження гортані, трахеї, щитоподібного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, що не спричинили порушення функції.<br>Примітка: Якщо у зв'язку з травмою проводилась бронхоскопія, трахеостомія (трахеотомія), додатково здійснюється Страхова Виплата в розмірі 5 % Страхової Суми. | 5% |
| 32 | Травма гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитоподібного хряща, трахеостомія, проведена у зв'язку з травмою, що спричинили:<br>а) осиплість або втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менше 3 місяців з дати отримання травми<br>б) втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менше 6 місяців з дати отримання травми<br>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. | 10%<br>20% |

| | | |
|---|---|---|
| | **СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА** | |
| 33 | Травма серця, його оболонок та великих магістральних судин, що не спричинили серцево-судинну недостатність | 25% |
| 34 | Травма серця, його оболонок та великих магістральних судин, що спричинили серцево-судинну недостатність:<br>а) I ступеня<br>б) II-III ступенів<br>Примітка: Якщо у медичному висновку не зазначено ступінь серцево-судинної недостатності, то сума Страхової Виплати розраховується згідно зі ст. 34(а). | 10%<br>25% |
| 35 | Ушкодження великих периферійних судин (що не спричинило порушення кровообігу) на рівні:<br>а) плеча, стегна<br>б) передпліччя, гомілки | 10%<br>5% |
| 36 | Ушкодження великих периферійних судин (що не спричинило порушення кровообігу)<br>Примітка:<br>1. До великих магістральних судин слід відносити:<br>Аорту, легеневу, безіменну, сонну артерії, внутрішні яремні вени, верхню та нижню порожнисті вени, ворітну вену, а також магістральні судини, що забезпечують кровообіг внутрішніх органів.<br>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.<br>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).<br>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.<br>4. Якщо у зв’язку з ушкодженням великих судин проводились операції з метою відновлення судинного русла, додатково здійснюється Страхова Виплата у розмірі 5 % Страхової Суми. | 20% |
| | **ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ** | |
| 37 | Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи: | |

| | | |
|---|---|---|
| | а) перелом однієї кістки, вивих щелепи<br>б) перелом двох та більше кісток або подвійний перелом однієї кістки<br>Примітка:<br>1. У разі перелому щелепи, що настав випадково під час стоматологічних маніпуляцій, Страхова Виплата здійснюється на загальних підставах.<br>2. Перелом альвеолярного відростка, що настав під час втрати зубів, не є підставою для здійснення Страхової Виплати.<br>3. Якщо у зв'язку з травмою щелеп, виличних кісток проводились оперативні втручання, додатково одноразово здійснюється Страхова Виплата у розмірі 5 % Страхової Суми. | 5%<br>10% |
| 38 | Звичний вивих щелепи<br>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. | 10% |
| 39 | Травма щелепи, що спричинила втрату:<br>а) частини щелепи (за виключенням альвеолярного відростка)<br>б) щелепи<br>Примітка:<br>1. Сума Страхової Виплати на випадок втрати щелепи або її частини включає суму Страхової Виплати на випадок втрати зубів незалежно від їх кількості.<br>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.<br>3. У разі здійснення Страхової Виплати згідно зі ст.39 додаткові Страхові Виплати з приводу оперативного втручання не здійснюються. | <br>40%<br>80% |
| 40 | Травма язика, порожнини рота (поранення, опік, відмороження), що спричинила виникнення рубців (незалежно від їх розміру) | 3% |
| 41 | Травма язика, що спричинила :<br>а) відсутність кінчика язика<br>б) відсутність дистальної третини язика<br>в) відсутність язика на рівні середньої третини<br>г) відсутність язика на рівні кореня або повна відсутність язика | <br>10%<br>15%<br>30%<br>60% |
| 42 | Травма зубів, що спричинила: | |

| | | |
|---|---|---|
| | а) відлам коронки зуба, перелом зуба (коронки, шийки, кореня), вивих зуба | 3% |
| | Втрату: | |
| | б) 1 зуба | 5% |
| | в) 2-3 зубів | 10% |
| | г) 4-6 зубів | 15% |
| | ґ) 7-9 зубів | 20% |
| | д) 10 і більше зубів | 25% |
| | Примітка:<br>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.<br>2. У разі втрати або переломі молочних зубів у дітей до 5 років Страхова Виплата здійснюється на загальних підставах.<br>3. У разі втрати зубів та перелому щелепи сума Страхової Виплати розраховується згідно зі ст.37 та 42 шляхом додавання.<br>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 вирахувано суму вже здійсненої страхової Виплати.<br>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, кишечнику, 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:<br>а) звуження стравоходу<br>б) непрохідність стравоходу (за наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу<br>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%<br>100% |
| 45 | Травма (розрив, опік, поранення) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що спричинила: | |

| | | |
|---|---|---|
| | а) холецистит, дуоденіт, гастрит, панкреатит, ентерит, коліт, проктит, парапроктит<br>б) рубцеве звуження (деформацію) шлунка, кишечнику, задньопрохідного отвору<br>в) спайкову хворобу, стан після операції з приводу спайкової непрохідності<br>г) кишкова нориця, кишково-піхвова нориця, нориця підшлункової залози<br>ґ) протиприродний задній прохід (колостома)<br>Примітка:<br>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.<br>Зазначені ускладнення травми визнаються виключно утому 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.<br>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. | 5%<br>15%<br>25%<br>50%<br>100% |
| 46 | 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.<br>Примітка:<br>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.<br>2. Кили живота (пупкові, білої лінії, пахові та пахово-калиткові), що виникли в результаті підіймання ваги, не є підставою для здійснення Страхової Виплати. | 10% |
| 47 | Травма печінки внаслідок травми або випадкового гострого отруєння, що спричинила: | |

| | | |
|---|---|---|
| | а) підкапсульний розрив печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатит, сироватковий гепатит (захворювання і не є результатом травми), що розвинувся безпосередньо у зв'язку з травмою, гепатоз (захворювання)<br>б) печінкову недостатність (захворювання) | 5%<br>10% |
| 48 | Травма печінки, жовчного міхура, що спричинила:<br>а) ушивання розривів печінки або видалення жовчного міхура<br>б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура<br>в) видалення частини печінки<br>г) видалення частини печінки та жовчного міхура | <br>15%<br>20%<br>25%<br>35% |
| 49 | Травма селезінки, що спричинила:<br>а) субкапсульний розрив селезінки, що не потребував оперативного втручання<br>б) видалення селезінки | <br>5%<br>30% |
| 50 | Травма шлунка, підшлункової залози, кишечнику, брижі, що спричинила:<br>а) утворення хибної кисти підшлункової залози<br>б) резекцію шлунка, кишечнику, підшлункової залози<br>в) видалення шлунка<br>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. | <br>20%<br>30%<br>60% |
| 51 | Травма органів черевної порожнини, у зв'язку з якої проведено:<br>а) лапароскопію (лапароцентез)<br>б) лапаротомію у разі підозри на пошкодження органів черевної порожнини (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)<br>в) лапаротомію у разі ушкодження органів черевної порожнини (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)<br>г) повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості)<br>Примітка:<br>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.<br>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.<br>3. В тому випадку, коли внаслідок однієї травми буде пошкоджено органи травної, сечовивідної або статевої системи (без їх видалення), додатково здійснюється Страхова Виплата за | <br>5%<br>10%<br>15%<br>10% |

| | | |
|---|---|---|
| | ст.55 (5 %). | |
| | **СЕЧОВИВІДНА ТА СТАТЕВА СИСТЕМА** | |
| 52 | Травма нирки, що спричинила:<br>а) забиття нирки, підкапсульний розрив нирки, що не потребував оперативного втручання<br>б) видалення частини нирки<br>в) видалення нирки | <br><br>5%<br>30%<br>60% |
| 53 | Травма органів сечовивідної системи (нирок, сечоводів, сечового міхура, сечовипускального каналу), що спричинила:<br>а) цистит, уретрит<br>б) гостру ниркову недостатність, пієліт, пієлоцистит<br>в) зменшення обсягу сечового міхура<br>г) гломерулонефрит (захворювання), пієлонефрит, звуження сечоводу, сечовипускального каналу<br>ґ) синдром довготривалого роздавлювання (травматичний токсикоз, краш-синдром, синдром роздроблення), хронічну ниркову недостатність<br>д) непрохідність сечоводу, сечовипускального каналу, сечостатеві нориці<br>Примітка:<br>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.<br>2. Страхова Виплата у зв'язку з наслідками, перерахованими у підпунктах "а", "в", "г", "ґ" 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. | <br>5%<br>10%<br>15%<br>25%<br>30%<br>40% |
| 54 | Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовивідної системи:<br>а) цистостомія<br>б) у разі підозри ушкодження органів<br>в) у разі ушкодження органів<br>г) повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (незалежно від їх кількості) | <br>5%<br>10%<br>15%<br>10% |

| | | |
|---|---|---|
| | 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. | |
| 55 | Пошкодження органів статевої або сечовивідної системи:<br>а) поранення, розрив, опік, відмороження<br>б) зґвалтування особи у віці:<br>до 14 років<br>з 14 до 18 років | <br>5%<br><br>50%<br>30% |
| 56 | Ушкодження статевої системи, що спричинило:<br>а) видалення одного яєчника, маточної труби, яєчка<br>б) видалення обох яєчників, обох маточних труб, яєчок, частини (<50%) статевого члена<br>в) втрату матки у жінок у віці:<br>до 40 років<br>з 40 до 50 років<br>50 років і старше<br>г) перелом статевого члена, що не призвів до видалення<br>д) втрату (>50%) статевого члена, обох яєчок | <br>15%<br><br>30%<br><br>50%<br>30%<br>15%<br>10%<br>50% |
| 57 | Позаматкова вагітність, патологічні пологи, що спричинили:<br>а) видалення однієї маточної труби, одного яєчника<br>б) видалення обох маточних труб (або єдиної маточної труби), обох яєчників (або єдиного яєчника)<br>в) втрата матки (в тому числі з придатками) у віці:<br>до 40 років<br>з 40 до 50 років<br>50 років і старше<br>Примітка 1. В умовах цієї Програми позаматкова вагітність та патологічні пологи прирівнюються до тілесних ушкоджень, як визначено у п.2.3 цієї Програми.<br>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). | <br>15%<br><br>30%<br><br>50%<br>30%<br>15% |
| | **М’ЯКІ ТКАНИНИ** | |
| 58 | Травма м’яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної області, вушних раковин, що спричинила після загоєння:<br>а) утворення рубців площиною від 0,5 до 1,0 кв. см<br>б) утворення рубців площиною 1,0 кв. см і більше або довжиною 5 см і більше<br>в) значне порушення косметики (до 40% поверхні) | <br>5%<br><br>5%<br>10% |

| | | |
|---|---|---|
| | г) різке порушення косметики (від 41% до 70% поверхні)<br>д) спотворювання (більше 70% поверхні)<br>Примітка:<br>1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за забарвленням від навколишньої шкіри, втягнені або ті, що виступають над її поверхнею, стягують тканини.<br>Спотворювання - це різка зміна природного вигляду обличчя людини в результаті механічного, хімічного, термічного ті інших насильницьких впливів.<br>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.<br>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. | 30%<br>70% |
| 59 | Травма м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що спричинила після загоєння утворення рубців площиною:<br>а) від 2,0 до 5,0 кв. см або довжиною 5 см і більше<br>б) від 5 кв. см до 25 кв. см<br>в) від 26 кв. см до 100 кв. см<br>г) від 101 кв. см до 200 кв. см<br>ґ) від 201 кв. см до 300 кв. см<br>д) від 301 кв. см до 400 кв. см<br>е) від 401 кв. см до 500 кв. см<br>є) від 501 кв. см до 750 кв. см<br>ж) 751 кв. см та більше<br>Примітка:<br>1. Під час визначення площини рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на місці взяття шкіряного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри.<br>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. | <br>3%<br>5%<br>10%<br>15%<br>20%<br>25%<br>30%<br>35%<br>40% |
| 60 | Травма м'яких тканин тулуба, кінцівок, що спричинила утворення пігментних плям площиною (% поверхні тіла): | |

| | | |
|---|---|---|
| | а) від 50 кв. см до 100 кв. см<br>б) від 101 кв. см до 500 кв. см<br>в) від 501 кв. см до 750 кв. см<br>г) 751 кв. см і більше<br>Примітка:<br>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.<br>2. Загальна сума виплат за ст.59 та 60 не має перевищувати 40 % від Страхової Суми. | 3%<br>5%<br>10%<br>15% |
| 61 | Опікова хвороба, опіковий шок<br>Примітка: Страхова Виплата згідно зі ст.61 сплачується додатково до Страхової Виплати, що здійснюється у зв'язку з отриманням опіку. | 10% |
| 62 | Травма м'яких тканин:<br>а) не видалені чужорідні тіла<br>б) м'язова кила, посттравматичний періостит, гематома, що не розсмокталася, площиною не менше 2 кв. см, неповний розрив м'язів<br>в) розрив сухожиль, за виключенням пальців кисті, взяття аутотрансплантата з іншого відділу опорно-рухового апарата, повний розрив м'язів<br>Примітка:<br>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. | 3%<br>5%<br>7% |
| | **ХРЕБЕТ** | |
| 63 | Перелом, переломо-вивих або вивих тіл, дужок та суглобних відростків хребців (за виключенням крижі та куприка):<br>а) одного-двох<br>б) трьох - п'яти<br>в) шести і більше | <br>20%<br>30%<br>40% |
| 64 | Розрив міжхребцевих зв'язок (за тривалості лікування не менше 14 днів), підвивих хребців (за виключенням куприка)<br>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:<br>а) підвивих куприкових хребців | <br>5% |

| | | |
|---|---|---|
| | б) вивих куприкових хребців<br>в) перелом куприкових хребців<br>Примітка:<br>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.<br>2. В тому випадку, якщо перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням обох ушкоджень шляхом додавання.<br>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. | 10%<br>15% |
| | **ВЕРХНЯ КІНЦІВКА, ЛОПАТКА ТА КЛЮЧИЦЯ** | |
| 68 | Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально-ключичного, грудинно-ключичного зчленувань:<br>а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного зчленування<br>б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки та розрив одного зчленування, переломо-вивих ключиці<br>в) розрив двох зчленувань та перелом однієї кістки, перелом двох кісток та розрив одного зчленування<br>г) перелом, що не зрісся (хибний суглоб)<br>Примітка:<br>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.<br>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.<br>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. | 5%<br>10%<br>15%<br>15% |
| | **ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ** | |

| | | |
|---|---|---|
| 69 | Травми області плечового суглоба (суглобної западини лопатки, голівки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, суглобної сумки):<br>а) розрив сухожиль, капсули суглоба, відриви кісткових фрагментів, у тому числі великого горбика, перелом суглобної западини лопатки, вивих плеча<br>б) перелом двох кісток, перелом лопатки та вивих плеча<br>в) перелом плеча (голівки, анатомічної, хірургічної шийки), переломо-вивих плеча | <br><br>5%<br>10%<br><br>15% |
| 70 | Травма плечового поясу, що спричинило:<br>а) звичний вивих плеча<br>б) відсутність рухомості суглоба (анкілоз)<br>в) плечовий суглоб, що “вихлястий” внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають<br>Примітка:<br>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.<br>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.<br>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. | <br>15%<br>20%<br><br>40% |
| | **ПЛЕЧЕ** | |
| 71 | Перелом плечової кістки:<br>а) на будь-якому рівні<br>б) подвійний перелом | <br>15%<br>20% |
| 72 | Перелом плечової кістки, що спричинив утворення перелому, що не зрісся (хибного суглоба)<br>Примітка: | 40% |

| | | |
|---|---|---|
| | 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.<br>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. | |
| 73 | Травматична ампутація верхньої кінцівки або тяжка травма, що спричинила ампутацію:<br>а) з лопаткою, ключицею або їх частиною<br>б) плеча на будь-якому рівні<br>в) єдиної кінцівки на рівні плеча<br>Примітка. Якщо Страхову Виплату було здійснено згідно зі ст.73, додаткова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється. | <br>80%<br>75%<br>100% |
| | **ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ** | |
| 74 | Травма ділянки ліктьового суглоба:<br>а) гемартроз, пронаційний підвивих передпліччя<br>б) відриви кісткових фрагментів, у тому числі надвиростків плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, вивих кістки<br>в) перелом променевої та ліктьової кістки, вивих передпліччя<br>г) перелом плечової кістки разом з променевою та ліктьовою кістками<br>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. | <br>5%<br>5%<br>10%<br>20% |
| 75 | Травма ділянки ліктьового суглоба, що спричинила:<br>а) відсутність рухомості у суглобі (анкілоз)<br>б) плечовий суглоб, що "вихлястий" внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають<br>Примітка:<br>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. | <br>40%<br>50% |

| | | |
|---|---|---|
| | 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. | |
| | **ПЕРЕДПЛІЧЧЯ** | |
| 76 | Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, за виключенням області суглобів:<br>а) перелом, вивих однієї кістки<br>б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки | <br>10%<br>15% |
| 77 | Перелом, що не зрісся (хибний суглоб) кісток передпліччя:<br>а) однієї кістки<br>б) двох кісток<br>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. | <br>20%<br>40% |
| 78 | Травматична ампутація або тяжка травма, що спричинила:<br>а) ампутацію передпліччя на будь-якому рівні<br>б) экзартикуляцію у ліктьовому суглобі<br>в) ампутацію єдиної кінцівки на рівні передпліччя<br>Примітка:<br>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.<br>2. Якщо Страхову Виплату було здійснено згідно зі ст.78, додаткова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється. | <br>65%<br>70%<br>100% |
| | **ПРОМЕНЕВОЗАП'ЯСНИЙ СУГЛОБ** | |
| 79 | Травма ділянки променевозап'ясного суглоба:<br>а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих голівки ліктьової кістки<br>б) перелом двох кісток передпліччя<br>в) перилунарний вивих кисті | <br>5%<br>10%<br>15% |
| 80 | Травма ділянки променевозап'ясного суглоба, що спричинила відсутність рухомості (анкілоз) цього суглоба<br>Примітка: | 15% |

| | | |
|---|---|---|
| | 1. Страхова Виплата за ст.80 здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з травмами променевозап'ясного суглоба, у випадку, якщо порушення рухомості суглоба буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено медичною документацією такого закладу.<br>2. Якщо у зв'язку з травмою області променевозап'ясного суглоба проводились оперативні втручання, додатково здійснюється Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми. | |
| | **КИСТЬ** | |
| 81 | Перелом або вивих кісток зап'ястка, п'ясних кісток однієї кисті:<br>а) однієї кістки (крім човноподібної)<br>б) двох та більше кісток (крім човноподібної)<br>в) човноподібної кістки<br>г) вивих, переломо-вивих кисті<br>Примітка:<br>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.<br>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. | <br>5%<br>10%<br>10%<br>15% |
| 82 | Травма кисті, що спричинила:<br>а) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) однієї або декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів)<br>б) втрату усіх пальців, ампутацію на рівні п'ясних кісток зап'ястка або променевозап'ясного суглоба<br>в) ампутацію єдиної кисті<br>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. | <br>10%<br>65%<br>100% |
| | **ПАЛЬЦІ КИСТІ. ПЕРШИЙ ПАЛЕЦЬ** | |
| 83 | Травма пальця, що спричинила:<br>а) відрив нігтьової пластинки<br>б) ушкодження сухожилля (сухожилків) розгиначів пальця | <br>3%<br>3% |

| | | |
|---|---|---|
| | в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожилків) згинача пальця, сухожилковий, суглобовий, кістковий панарицій<br>Примітка:<br>1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (паронихія) не є підставою для здійснення Страхової Виплати.<br>2. Якщо у зв'язку з травмою сухожиль, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панаріцієм проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми. | 5% |
| 84 | Травма пальця, що спричинила:<br>а) відсутність рухів в одному суглобі<br>б) відсутність рухів у двох суглобах пальця<br>Примітка: Страхова Виплата у зв'язку з порушенням функції пальця здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з його травмою, у випадку, якщо відсутність рухомості суглоба (суглобів) пальця буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу. | 10%<br>15% |
| 85 | Травма пальця, що спричинила:<br>а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї самої фаланги<br>б) ампутацію на рівні нігтьової фаланги<br>в) ампутацію на рівні міжфалангового суглоба (втрата нігтьової фаланги)<br>г) ампутацію на рівні основної фаланги, п'ясно-фалангового суглоба (втрата пальця)<br>д) ампутацію пальця з п'ясною кісткою або її частиною<br>Примітка. Якщо Страхову Виплату здійснено згідно зі ст.85, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється. | 10%<br>10%<br>15%<br>20%<br>25% |
| | **ДРУГИЙ, ТРЕТІЙ, ЧЕТВЕРТІЙ, П'ЯТИЙ ПАЛЬЦІ** | |
| 86 | Травма одного пальця, що спричинила:<br>а) відрив нігтьової пластинки<br>б) ушкодження сухожилля (сухожиль) розгиначів пальця<br>в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожильний, суглобовий, кістковий панарицій<br>Примітка:<br>1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (паронихія) не є підставою для здійснення Страхової Виплати. | 3%<br>3%<br>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:<br>а) відсутність рухів в одному суглобі<br>б) відсутність рухів у двох суглобах пальця<br>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%<br>10% |
| 88 | Травма пальця, що спричинила:<br>а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї самої фаланги<br>б) ампутацію на рівні нігтьової фаланги, втрату фаланги<br>в) ампутацію на рівні середньої фаланги, втрату двох фаланг<br>г) ампутацію на рівні основної фаланги, втрату пальця<br>д) втрату пальця з п'ясною кісткою або її частиною<br>Примітка: 1. Якщо Страхову Виплату здійснено згідно зі ст.88, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.<br>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 кисти та 100 % від Страхової Суми для обох кистей. | 3%<br>5%<br>10%<br>15%<br>20% |
| | **ТАЗ** | |
| 89 | Травма таза:<br>а) перелом однієї кістки<br>б) перелом двох кісток або розрив одного зчленування, подвійний перелом однієї кістки<br>в) перелом трьох та більше кісток, розрив двох або трьох зчленувань<br>Примітка:<br>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.<br>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 | 10%<br>15%<br>20% |

| | | |
|---|---|---|
| | підставах. | |
| 90 | Травма таза, що спричинила відсутність рухомості кульшового суглоба:<br>а) в одному суглобі<br>б) у двох суглобах<br>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. | <br>20%<br>40% |
| | **НИЖНЯ КІНЦІВКА**<br>**КУЛЬШОВИЙ СУГЛОБ** | |
| 91 | Травма кульшового суглоба:<br>а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів)<br>б) ізольований відрив вертлюга (вертлюгів)<br>в) вивих стегна<br>г) перелом голівки, шийки, проксимального метафізу стегна<br>Примітка:<br>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 травмую.<br>2. Якщо у зв'язку з травмою кульшового суглоба проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми. | <br>5%<br>10%<br>15%<br>20% |
| 92 | Травма кульшового суглоба, що спричинила:<br>а) відсутність рухомості (анкілоз)<br>б) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) шийки стегна<br>в) ендопротезування<br>г) вихлястий кульшовий суглоб внаслідок резекції голівки стегна<br>Примітка:<br>1. Страхова Виплата у зв'язку з ускладненнями, перерахованими у ст.92, здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з травмою суглоба. | <br>20%<br>30%<br>40%<br>45% |

| | | |
|---|---|---|
| | 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. | |
| | **СТЕГНО** | |
| 93 | Перелом стегна:<br><br>а) на будь-якому рівні, за виключенням області суглобів<br>б) подвійний перелом стегна | <br><br>25%<br>30% |
| 94 | Перелом стегна, що спричинив утворення перелому, що не зрісся (хибного суглоба)<br>Примітка:<br>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.<br>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:<br>а) однієї кінцівки<br>б) єдиної кінцівки<br>Примітка: Якщо Страхову Виплату здійснено згідно зі ст.95, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється. | <br>70%<br>100% |
| | **КОЛІННИЙ СУГЛОБ** | |
| 96 | Травма області колінного суглоба:<br>а) гемартроз<br>б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростоку (надвиростків), перелом голівки малої гомілкової кістки, ушкодження меніска<br>в) перелом: надколінка, міжвиросткового підвищення, виростків, проксимального метафізу великої гомілкової кістки<br>г) перелом проксимального метафізу великої гомілкової кістки з голівкою малої гомілкової кістки<br>д) перелом виростків стегна, вивих гомілки<br>е) перелом дистального метафізу стегна | <br>5%<br>10%<br>15%<br>15%<br>25%<br>25% |

| | | |
|---|---|---|
| | ж) перелом дистального метафізу, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток<br>Примітка:<br>1. У разі поєднання різних пошкоджень колінного суглоба, Страхова Виплата здійснюється одноразово згідно з одним з підпунктів ст.96, що передбачає найбільш тяжку травму.<br>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. | 35% |
| 97 | Травма ділянки надколінка, що спричинила:<br>а) відсутність рухомості суглоба<br>б) колінний суглоб, що «вихляється» внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають<br>в) ендопротезування<br>Примітка. Страхова Виплата за ст.97 сплачується додатково до Страхової Виплати здійсненої у зв'язку з травмою колінного суглоба. | 25%<br>45%<br>40% |
| | **ГОМІЛКА** | |
| 98 | Перелом кісток гомілки (за виключенням ділянки суглобів):<br>а) малогомілкової, відриви кісткових фрагментів<br>б) великої гомілкової, подвійний перелом малої гомілкової<br>в) обох кісток, подвійний перелом великої гомілкової<br>Примітка:<br>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. | 5%<br>15%<br>20% |
| 99 | Перелом кісток гомілки, який спричинив перелом, що не зрісся (хибний суглоб) (за виключенням кісткових фрагментів):<br>а) малогомілкової кістки<br>б) великої гомілкової кістки<br>в) обох кісток<br>Примітка:<br>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. | 10%<br>30%<br>40% |

| | | |
|---|---|---|
| | 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. | |
| 100 | Травматична ампутація або тяжка травма, що спричинила:<br>а) ампутацію гомілки на будь-якому рівні<br>б) екзартикуляцію в колінному суглобі<br>в) ампутацію єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки<br>Примітка: Якщо Страхову Виплату здійснено у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється. | <br>60%<br>70%<br>100% |
| | **ГОМІЛКОВОСТОПНИЙ СУГЛОБ** | |
| 101 | Травма ділянки гомілковостопного суглоба:<br>а) перелом однієї кісточки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу<br>б) перелом обох кісточок або перелом однієї кісточки з краєм великої гомілкової кістки<br>в) перелом обох кісточок з краєм великої гомілкової кістки<br>г) розрив сухожилля<br>Примітка:<br>1. У разу перелому кісток гомілковостопного суглоба, що супроводжується розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) стопи, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.<br>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. | <br>5%<br>10%<br>15%<br>4% |
| 102 | Травма області гомілковостопного суглоба, що спричинила:<br>а) відсутність рухомості гомілковостопного суглоба<br>б) гомілковостопний суглоб, що "хилитається" внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають<br>в) екзартикуляцію у гомілковостопному суглобі<br>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. | <br>20%<br>40%<br>50% |
| 103 | Травма Ахіллового сухожилля:<br>а) у разі консервативного лікування<br>б) у разі оперативного лікування | <br>5%<br>15% |
| | **СТОПА** | |

| | | |
|---|---|---|
| 104 | Травма стопи:<br>а) перелом, вивих однієї кістки (за виключенням п'яткової та таранної), розрив зв'язок стопи, що вимагає фіксації гіпсовою пов'язкою<br>б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки<br>в) перелом, вивих трьох та більше кісток, перелом п'яткової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих у поперечному суглобі стопи (Шопара) або передплесно-плесновому суглобі (Лисфранка)<br>Примітка:<br>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.<br>2. У разі переломів або вивихів кісток стопи, що Застрахована Особа зазнала внаслідок різних травм, Страхова Виплата здійснюється з урахуванням факту кожної з травм. | 5%<br>10%<br>15% |
| 105 | Травма стопи, що спричинила:<br>а) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) однієї-двох кісток (за виключенням п'яткової та таранної кісток)<br>б) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) трьох та більше кісток, а також п'яткової або таранної кістки<br>в) артродез підтаранного суглоба, поперечного суглоба передплесни (Шопара) або передплесно-плеснового (Лисфранка)<br>г) ампутацію на рівні:<br>1) плесно-фалангових суглобів (відсутність всіх пальців стопи)<br>2) плеснових кісток або передплесни<br>3) таранної, п'яткової кісток (втрата стопи)<br>Примітка:<br>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 зо дня отримання травми Застрахованою Особою.<br>2. Якщо Страхову Виплату здійснено у зв'язку з ампутацією стопи, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється. | 5%<br>15%<br>20%<br>30%<br>40%<br>50% |
| | **ПАЛЬЦІ СТОПИ** | |
| 106 | Перелом, вивих фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожилків): | |

| | | |
|---|---|---|
| | а) одного пальця, відрив нігтьової пластинки<br>б) двох - трьох пальців<br>в) чотирьох - п’яти пальців<br>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. | 3%<br>5%<br>10% |
| 107 | Травматична ампутація або травма пальців стопи, що спричинила ампутацію:<br>Першого пальця:<br>а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба<br>б) на рівні основної фаланги або плесно-фалангового суглоба другого, третього, четвертого, п’ятого пальців<br>в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг<br>г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плесно - фалангових суглобів<br>ґ) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг<br>д) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плесно - нігтьових суглобів<br>Примітка:<br>1. Якщо Страхову Виплату здійснено згідно зі ст. 107, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.<br>2. Якщо у зв’язку з травмою було проведено ампутацію пальця з плесновою кісткою або її частиною, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми. | 5%<br>10%<br>5%<br>10%<br>15%<br>20% |
| 108 | Травма, що спричинила:<br>а) утворення лігатурних свищів<br>б) лімфостаз, тромбофлебіт, порушення трофіки<br>в) остеомієліт, в тому числі гематогенний остеомієліт<br>Примітка:<br>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).<br>2. Нагнійні запалення пальців стоп не є підставою для здійснення Страхової Виплати. | 5%<br>10%<br>20% |
| 109 | Травматичний шок, геморрагічний, анафілактичний шок, що розвинувся у зв’язку з травмою<br>Примітка. Страхова Виплата за ст.109 здійснюється додатково до Виплат, здійснених у зв’язку з травмою. | 5% |

| | | |
|---|---|---|
| 110 | Випадкове гостре отруєння, асфіксія (удушення), кліщовий або післящепленневий енцефаліт (енцефаломієліт), ураження електрострумом (атмосферною електрикою), укуси змій, отруйних комах, правець, ботулізм (у разі відсутності даних щодо ураження внаслідок зазначених подій окремих органів) за стаціонарного лікування:<br><br>а) 6 - 10 днів<br>б) 11 - 20 днів<br>в) більше 20 днів<br>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. | <br><br>5%<br>10%<br>15% |
| 111 | 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:<br><br>а) у разі безперервного лікування тривалістю від 10 до 15 днів включно<br>б) у разі безперервного лікування тривалістю понад 15 днів<br>Примітка: Стаття 111 не застосовується, якщо внаслідок настання Страхового Випадку була здійснена Страхова виплата за іншою статтею (статтями) цієї Таблиці | <br><br>2%<br>3% |

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

| **Площина опіку** | **Ступінь опіку** | | | |
|---|---|---|---|---|
| (% поверхні тіла) | II | IIIA | IIIB | 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;

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

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<br>0,8<br>0,7<br>0,6<br>0,5<br>0,4<br>0,3<br>0,2<br>0,1<br>Нижче за 0,1<br>0,0 | 3<br>5<br>5<br>10<br>10<br>10<br>15<br>20<br>30<br>40<br>50 | 0,4 | 0,3<br>0,2<br>0,1<br>Нижче за 0,1<br>0,0 | 5<br>5<br>10<br>15<br>20 |
| 0,9 | 0,8<br>0,7<br>0,6<br>0,5<br>0,4<br>0,3<br>0,2<br>0,1<br>Нижче за 0,1<br>0,0 | 3<br>5<br>5<br>10<br>10<br>15<br>20<br>30<br>40<br>50 | 0,3 | 0,2<br>0,1<br>Нижче за 0,1<br>0,0 | 5<br>5<br>10<br>20 |
| 0,8 | 0,7 | 3 | 0,2 | 0,1 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 0,6<br>0,5<br>0,4<br>0,3<br>0,2<br>0,1<br>Нижче за 0,1<br>0,0 | 5<br>10<br>10<br>15<br>20<br>30<br><br>40<br>50 | | Нижче за 0,1<br>0,0 | <br>10<br>20 |
| 0,7 | 0,6<br>0,5<br>0,4<br>0,3<br>0,2<br>0,1<br>Нижче за 0,1<br>0,0 | 3<br>5<br>10<br>10<br>15<br>20<br><br>30<br>40 | 0,1 | Нижче за 0,1<br>0,0 | <br>10<br>20 |
| 0,6 | 0,5<br>0,4<br>0,3<br>0,2<br>0,1<br>Нижче за 0,1<br>0,0 | 5<br>5<br>10<br>10<br>15<br><br>20<br>25 | Нижче за 0,1 | 0,0 | 20 |
| 0,5 | 0,4<br>0,3<br>0,2<br>0,1<br>Нижче за 0,1<br>0,0 | 5<br>5<br>10<br>10<br><br>15<br>20 | | | |

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 пасажира 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 пасажира 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 її пересування як пасажира 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, 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;

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/Страхувальником відповідних офіційних документів.

6.2. Всі необхідні документи, інформація та результати обстежень мають бути надані Страховикові у формі, яка ним вимагається. За необхідності Застрахована Особа повинна пройти медичне обстеження на вимогу та за рахунок Страховика. Після отримання тілесних ушкоджень або настання хвороби Застрахована Особа повинна якнайшвидше отримати допомогу кваліфікованого лікаря та ретельно 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 цю Програму не було введено в дію та включено до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у Договорі Страхування або відповідному Додатку до Договору Страхування.

**8. Припинення дії Програми**

8.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити 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. Ця Програма як частина Договору Страхування

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 з ініціативи Страхувальника (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 тридцяти 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.

**Додаток 1-14**

**Програма страхування додаткових ризиків**
**Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок Нещасного випадку або через хворобу («Програма»)**

## 1. Предмет страхування

1.1. Положення цієї Програми складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховому Полісі або Додатку до Договору Страхування.

1.2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім'я та по батькові якої зазначаються у Страховому Полісі або у Додатку до Договору Страхування на письмову вимогу Страхувальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом дії Договору Страхування.

1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії вказується у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.

1.4. Будь-які Страхові Виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з Договором Страхування.

1.5. У разі настання Страхового Випадку, як визначено у пункті 3 «Страховий Випадок та здійснення Страхових Виплат» цієї Програми, Страхова Виплата згідно з умовам цієї Програми здійснюється Застрахованій Особі, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

## 2. Визначення термінів

2.1. Термін «пацієнт» використовується у Договорі Страхування для визначення особи, яка згідно з даними медичної карти стаціонарного хворого відповідно до стандартів надання медичної допомоги (згідно зі встановленим діагнозом) безперервно перебувала в лікарні в якості стаціонарного хворого протягом не менше, ніж 24 (двадцять чотири) години.

2.2. Термін «лікарня» використовується у Договорі Страхування для визначення медичного закладу, який:

- має ліцензію на здійснення медичної допомоги та лікування (якщо така ліцензія вимагається законодавством);
- призначений в основному для надання стаціонарної медичної допомоги хворим;

- здійснює цілодобово сестринський догляд кваліфікованими медсестрами та має хоча б одного ліцензованого та кваліфікованого (дипломованого та сертифікованого) лікаря;
- має в наявності обладнання для діагностики та проведення хірургічного втручання в своїх приміщеннях або в інших пристосованих для цього приміщеннях за домовленістю;
- не є медсестринським відділенням лікарні, денним стаціонаром, а також відділенням з надання допомоги пристарілим або видужуючим, де пацієнт отримує головним чином медсестринську допомогу, а також не є за спеціалізацією будинком відпочинку, санаторієм, профілакторієм, медсестринським або геронтологічним відділенням чи реабілітаційним відділенням, і т.д.;
- не є місцем проживання Застрахованої Особи або стаціонаром на дому.

2.3. Термін «хвороба» або «захворювання» використовується у Договорі Страхування для визначення зміни стану фізичного здоров'я Застрахованої Особи, яка сталася з нею вперше після початку дії цієї Програми та Періоду Очікування, якщо такий вказується у Договорі Страхування.

2.4. Термін «кваліфікований лікар» використовується у Договорі Страхування для визначення кваліфікованого (дипломованого та сертифікованого) випускника вищого медичного навчального закладу, який не є Застрахованою Особою або членом її сім'ї, діє у межах своїх посадових обов'язків та своєї ліцензії, виданої на здійснення лікарської діяльності з лікування тілесних ушкоджень або захворювань, які є Страховим Випадком відповідно до цієї Програми.

2.5. Термін «транспортування автомобілем швидкої допомоги» використовується у Договорі Страхування для визначення перевезення Застрахованої Особи до медичного закладу автомобілем швидкої допомоги або іншим транспортом, наземним, водним або повітряним, спеціально та виключно призначеним для транспортування хворих до медичних закладів із відповідним обладнанням та санітарно-лікарським складом (екіпажем). Кожен випадок транспортування автомобілем швидкої допомоги має бути належним чином засвідчено у відповідних документах державних служб швидкої допомоги або служб швидкої допомоги приватної лікарні та лікарні, де проводилася госпіталізація згідно з п.3.6 та/або п.3.7 цієї Програми.

## 3. Страховий Випадок та здійснення Страхових Виплат

3.1. Страховик зобов'язаний здійснити Страхові Виплати у разі настання Страхового Випадку. Страховим Випадком згідно з цією Програмою є такі випадки:

3.1.1. розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку або хвороби, який призвів до хірургічного втручання (код S); та/або

3.1.2. розлад здоров’я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку або хвороби, який призвів до госпіталізації (код Н); та/або
3.1.3. тимчасова непрацездатність в період одужання після госпіталізації, зазначеної в п.3.1.2 Програми, якщо це зазначено в Договорі Страхування згідно з п.3.9 Програми (код С);
3.1.4. розлад здоров’я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку або хвороби, який призвів до транспортування Застрахованої Особи автомобілем «швидкої допомоги» до лікарні з метою госпіталізації згідно з п.3.1.2 цієї Програми, якщо це зазначено в Договорі Страхування згідно з п.3.10 Програми.

3.2. Якщо Застрахована Особа зазнає хірургічного втручання внаслідок Нещасного випадку або через хворобу, які вперше виникли після початку дії цієї Програми, Страховик здійснює Страхові Виплати, сума яких розраховується як частка від Страхової Суми, зазначеної у Договорі Страхування, яка відповідає такому хірургічному втручанню (відповідно до Таблиці оцінки хірургічних операцій).

3.3. Якщо Застрахована Особа зазнає хірургічного втручання, яке є Страховим Випадком згідно з цією Програмою, але не наведене в Таблиці оцінки хірургічних операцій, то в такому випадку Страховик розраховуватиме суму Страхових Виплат шляхом порівняння такого хірургічного втручання з максимально наближеною за рівнем складності хірургічною операцією, наведеною в Таблиці оцінки хірургічних операцій. Рівень складності хірургічної операції визначається лікарем-експертом, який призначається Страховиком.

3.4. Якщо Застрахована Особа зазнає декількох хірургічних операцій одночасно, то Страхові Виплати здійснюються у сумі, яка відповідає хірургічній операції з найбільшою часткою від Страхової Суми, визначеною в Таблиці оцінки хірургічних операцій.

3.5. Якщо розмір Страхових Виплат, здійснених у випадку хірургічного втручання, дорівнює Страховій Сумі, то Страховик звільняється від подальших зобов’язань згідно з пунктом 3.1.1 цієї Програми до наступної річниці дії Програми. Зобов’язання Страховика може бути поновлено у разі сплати наступної Страхової Премії за цією Програмою.

3.6. Страховик також здійснює Страхові Виплати у випадку госпіталізації Застрахованої Особи у розмірі, зазначеному у Договорі Страхування, за кожен день її фактичного перебування на стаціонарному лікуванні після 3 (трьох) послідовних днів госпіталізації і максимально до 365-го дня, якщо Застрахована Особа госпіталізується через розлад здоров’я внаслідок хвороби, перші прояви якої з’явилися після початку дії цієї Програми, або Нещасного випадку, який стався після початку дії цієї Програми, а також, якщо Застрахована Особа перебуває під наглядом кваліфікованого лікаря. Страховик не визнає перебування у денному стаціонарі та/або амбулаторне

лікування Застрахованого госпіталізацією, і, відповідно, не здійснює Страхових Виплат у таких випадках.

3.7. У разі госпіталізації Застрахованої Особи до відділення реанімації та інтенсивної терапії лікарні Страховик здійснює Страхову Виплату за кожен день такої госпіталізації, починаючи з першого дня. Обов'язковою умовою для здійснення Страхової Виплати є те, що госпіталізація до відділення реанімації та інтенсивної терапії лікарні має тривати принаймні 24 години. Страхова Виплата на випадок госпіталізації до відділення реанімації та інтенсивної терапії дорівнює подвійній Страховій Сумі на випадок госпіталізації, зазначеної у Договорі Страхування, та здійснюється замість Страхової Виплати, передбаченої п. 3.6 Програми.

3.8. Наступні перебування у лікарні через одну і ту саму причину вважатимуться одним Страховим Випадком, якщо між такими перебуваннями пройшло не більше 12 (дванадцяти) місяців, протягом яких Застрахована Особа була госпіталізована через цю причину.

3.9. Страховик також здійснює Страхові Виплати на випадок тимчасової непрацездатності в період одужання після госпіталізації, якщо такі Страхові Виплати передбачені у Договорі Страхування і якщо сплачена відповідна додаткова Страхова Премія. Страхові Виплати на випадок тимчасової непрацездатності в період одужання після госпіталізації сплачуються тільки за умови, якщо здійснюються Страхові Виплати на випадок госпіталізації, передбачені п.3.6 та/або п.3.7 Програми, незалежно від того, де саме Застрахована Особа проведе період одужання. Тривалість тимчасової непрацездатності в період одужання після госпіталізації за цією Програмою дорівнює подвійній кількості днів фактичного перебування Застрахованої Особи на стаціонарному лікуванні. Денна сума Страхових Виплат протягом періоду одужання зазначається у Договорі Страхування.

3.10. Страховик також здійснює Страхову Виплату у випадку транспортування Застрахованої Особи автомобілем «швидкої допомоги» до лікарні з метою госпіталізації (як визначено п.3.6 та/або п.3.7 цієї Програми). Страхові Виплати на випадок транспортування Застрахованої Особи автомобілем «швидкої допомоги» до лікарні сплачується тільки за умови, якщо здійснюються Страхові Виплати на випадок госпіталізації, передбачені п. 3.6 та/або п. 3.7 цієї Програми. Розмір Страхової Виплати на випадок транспортування Застрахованої Особи автомобілем «швидкої допомоги» до лікарні дорівнює потроєному розміру Страхової Суми на випадок госпіталізації за один день госпіталізації, зазначеної у Страховому Полісі або Договорі Страхування, та не залежить від кількості днів госпіталізації і, відповідно, від розміру Страхової Виплати на випадок госпіталізації.

3.11. Страховик має право провести медичне обстеження Застрахованої Особи за допомогою кваліфікованого лікаря, який призначається Страховиком.

3.12. Якщо розмір здійснених Страхових Виплат дорівнює Страховій Сумі, встановленій для конкретного Страхового Випадку в Договорі Страхування, то Страховик звільняється від подальших зобов'язань стосовно такого Страхового Випадку або його наслідків.

3.13. Страхові Виплати згідно з цією Програмою здійснюються за умови, що Страховий Випадок відбувся протягом періоду дії цієї Програми, а належні на момент настання страхового випадку Страхові Премії згідно з цією Програмою сплачені відповідно до умов Договору Страхування.

**4. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування**

4.1. Випадок не визнається Страховим Випадком, якщо він є наслідком, прямо або опосередковано, будь-яких обставин, зазначених в статті 4 «Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування» Правил страхування.

4.2. Додатково до пункту 4.1 цієї Програми Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є наведене нижче, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:
4.2.1. Професійна діяльність Застрахованої Особи в частині цієї Програми, що стосується нещасних випадків, в тому числі за 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 участь у змаганнях та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні: автомобільним або мотоспортом із використанням будь-яких наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким повітряним спортом, альпінізмом, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;

4.2.3. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажира на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;

4.2.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;

4.2.5. Тренування або пілотування або перебування в якості пасажира на планері або планері, який пілотується вручну, або у випадку стрибка Застрахованої Особи з парашутом;

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 введенням ін’єкційним шляхом, абсорбцією, вдиханням або потраплянням до організму отруйних речовин іншим шляхом, окрім випадкового отруєння чадним газом (CO, CO2) або іншим летючим продуктом горіння під час пожежі;

4.2.8. Будь-які патологічні переломи, тобто переломи в результаті захворювання кісткової тканини;

4.2.9. Будь-які методи або способи лікування неврологічних або психічних захворювань, незалежно від виду такого психічного захворювання, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;

4.2.10. 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;

4.2.11. 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;

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

4.2.13. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які практикують нетрадиційні (альтернативні) методи лікування;

4.2.14. Вакцинація та її наслідки;

4.2.15. Нещасний випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажира 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.

4.3. Додатково до пунктів 4.1 та 4.2 цієї Програми такі випадки не визнаються Страховими Випадками:

4.3.1. Госпіталізація/ лікування/ хірургічне втручання у зв'язку із вагітністю, пологами, викиднем або здійсненням аборту;

4.3.2. Проходження профілактичного або іншого медичного огляду, коли відсутні об'єктивні ознаки погіршення нормального стану здоров'я;

4.3.3. Отримання косметичних або інших аналогічних процедур будь-якого виду або проведення пластичних операцій (в тому числі виправлення викривленої носової перетинки (септопластика, риносептопластика тощо)), якщо вони не показані у зв'язку із Нещасним Випадком або хворобою, як ці терміни визначаються в Правилах;

4.3.4. Будь-яка госпіталізація у зв'язку з будь-якою хворобою протягом перших 60 (шістдесяти) днів після дати набрання чинності цієї Програми, окрім випадків госпіталізації через гострий апендицит та гостре харчове отруєння;

4.3.5. Лікування, в тому числі видалення аденоїдів, поліпів або мигдаликів протягом перших 180 (ста вісімдесяти) днів після дати початку дії цієї Програми;

4.3.6. Будь-яке реабілітаційне лікування, допомога або оздоровлення, профілактичне лікування в лікувальному центрі, медичному закладі або реабілітаційному центрі (реабілітаційне лікування та допомога);

4.3.7. Лікування спадкових або вроджених аномалій та станів, спричинених ними;

4.3.8. Лікування будь-яких психічних або нервових розладів, лікування спокоєм або лікування алкогольної та наркотичної залежності;

4.3.9. Лікування будь-якої інфекції, отриманої під час стаціонарного лікування (госпітальна інфекція);

4.3.10. Амбулаторне лікування хвороб зору (включаючи хірургічне втручання, проведене в амбулаторних умовах), припис окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, окрім хірургічного втручання внаслідок нещасного випадку та хірургічних втручань, які зазначені у Таблиці оцінки хірургічних операцій;

4.3.11. Будь-яке амбулаторне стоматологічне лікування внаслідок хвороби, включаючи хірургічне втручання, протезування зубів. Стоматологічне хірургічне втручання під час стаціонарного лікування Застрахованої Особи з приводу стоматологічного захворювання, а також стоматологічне хірургічне втручання внаслідок нещасного випадку (амбулаторне або стаціонарне) визнається страховим випадком.

## 5. Розміри Страхових Премій

5.1. Страхова Премія встановлюється Страховиком з урахуванням розміру Страхової Суми та віку Застрахованої Особи.

5.2. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цією Програмою протягом дії або під час поновлення дії цієї Програми. Зміна 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.

## 6. Початок дії Програми

Датою початку дії цієї Програми є дата, зазначена у Страховому Полісі або у Додатку до Договору Страхування.

## 7. Припинення дії Програми

7.1. Страхування Застрахованої Особи за цією Програмою припиняється відповідно до умов припинення Договору Страхування або, у випадку Договору Страхування групи осіб, у той день, коли Застрахована Особа перестала належати до групи Застрахованих Осіб, якщо це відбулося раніше. Припинення дії цієї Програми не може вплинути на розгляд заяв про здійснення Страхових Виплат за Страховими Випадками, які настали до дати закінчення дії цієї Програми.

7.2. Дія цієї Програми припиняється в 00 годин 00 хвилин за київським часом на дату річниці дії Договору Страхування, що настає одразу після досягнення Застрахованою Особою віку 65 (шістдесят п’ять) років, якщо інше не передбачено в Договорі Страхування.

7.3. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення. У випадку припинення дії Програми за вимогою будь-якої зі Сторін сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов’язання Страховика за цією Програмою припиняються за винятком зобов’язання повернення Страхувальнику незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії - це частина додаткової Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення дії Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.

7.4. Додатково до статті 18 Правил страхування дія цієї Програми припиняється, якщо:

7.4.1. Страхова Премія, термін сплати якої настав за Договором Страхування, не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду; або

7.4.2. Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Сплаченого Договору Страхування, як передбачено Правилами страхування, або дію Програми страхування основних ризиків припинено на будь-яких підставах.

## 8. ТАБЛИЦЯ ОЦІНКИ ХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

| ***Опис хірургічних операцій*** | ***Максимальний розмір Страхових Виплат (у % від Страхової Суми)*** |
|---|---|
| ЧЕРЕВНА ПОРОЖНИНА | |
| Апендектомія | 35% |
| Резекція кишки | 70% |
| Резекція шлунка | 70% |
| Гастроентеростомія | 60% |
| Видалення жовчного міхура (холецистектомія) | 60% |
| Діагностична лапаротомія або видалення через розріз одного або більше органів крім зазначеного вище (якщо за одне втручання проводяться дві або більше хірургічних | |

| | |
|---|---|
| операцій, страхова виплата здійснюється тільки за одну) | 50% |
| АБСЦЕС:<br>Розріз поверхневого абсцесу, гнійника або фурункула, одного або більше<br>Хірургічне лікування карбункула, одного або більше | <br><br>5%<br>10% |
| АМПУТАЦІЯ:<br>Будь-якого пальця кисті або стопи<br>Кисті, передпліччя або стопи на рівні гомілковостопного суглоба<br>Верхньої або нижньої кінцівки<br>Стегна на рівні кульшового суглоба | <br>10%<br><br>20%<br>40%<br>70% |
| МОЛОЧНА ЗАЛОЗА:<br>Ампутація однієї або обох, радикальна, з резекцією до пахвинної западини<br>Ампутація однієї або обох, проста | <br><br>70%<br>40% |
| ГРУДНА КЛІТКА:<br>Повна торакопластика (розкриття грудної клітки)<br>Видалення легені (пневмонектомія) або частини легені<br>Торакотомія з метою діагностики або лікування, за винятком торакоцентезу<br>Видалення гною, за винятком торакоцентезу<br>Штучний пневмоторакс<br>Бронхоскопія:<br>- діагностична<br>- під час операції, виключаючи біопсію | <br>100%<br>70%<br><br>30%<br>10%<br>10%<br><br>10%<br>20% |
| ВУХО:<br>Розтин барабанної перетинки вуха (парацентез)<br>Мастоідектомія – радикальна – одна сторона<br>Мастоідектомія – радикальна - обидві сторони<br>Фенестрація, одна або обидві сторони | <br>5%<br>50%<br>60%<br>100% |
| ЩИТОВИДНА ЗАЛОЗА:<br>Видалення щитовидної залози, включаючи всі стадії операційної процедури | <br><br>70% |
| СТРАВОХІД:<br>Операція з приводу стриктури<br>Використання ендоскопа (не більше 3-х разів на рік) | <br>40%<br>10% |
| ОКО:<br>Відшарування сітківки – множинний синтез<br>Катаракта<br>Глаукома | <br>100%<br>50%<br>30% |

| | |
|---|---|
| Видалення очного яблука (енукліація) | 30% |
| Видалення птеригію | 20% |
| Розріз ячменя або халазіону | 5% |
| ПЕРЕЛОМИ: | |
| а) Лікування закритих переломів (без операції): | |
| Ключиці, лопатки або передпліччя (одна кістка) | 15% |
| Кісток передплюсни, плюсни, крижів або куприку | 10% |
| Стегна | 40% |
| Гомілки (одна кістка) або плеча | 25% |
| Кожного пальця кисті або стопи або ребра | 5% |
| Передпліччя – дві кістки, наколінка, або тазу без витягнення | 20% |
| Гомілки, дві кістки | 30% |
| Щелепи, нижньої | 20% |
| Кісток зап'ястку, п'ясних кісток, носа, ребер – двох або більше, або грудини | 10% |
| Тазу, з витягненням | 30% |
| Хребців, поперечних відростків, кожного | 5% |
| Хребців, компресійний перелом, один або більше | 40% |
| Зап'ястка | 10% |
| б) Лікування складних та відкритих переломів: Для складного перелому зазначені вище відсотки збільшуються у 1,5 рази. Для перелому, що вимагає хірургічного втручання (включаючи співставлення або остеосинтез), зазначені вище відсотки подвоюються, але максимальна виплата не повинна перевищувати 100% | |
| СЕЧО-СТАТЕВА СИСТЕМА: | |
| Видалення нирки | 70% |
| Фіксація нирки | 70% |
| Видалення пухлин або каменів з нирки, уретри або сечового міхура за допомогою: | |
| - операції з розрізом | 60% |
| - катетеризації або ендоскопічної техніки | 20% |
| Операція на сечоводі з розрізом | 30% |
| Операція на уретрі з розрізом | 15% |
| Простата: | |
| - видалення всієї залози за допомогою операції – повна процедура | 70% |
| - часткове видалення - за допомогою ендоскопічних технік | 25% |
| - інші операції з розрізом | 50% |
| Орхидектомія або епідідімектомія | 25% |
| Гідроцеле або варикоцеле | 10% |
| Видалення фібром, без трансабдомінального доступу | 20% |
| Гістеректомія та оваріектомія з матковими трубами, обидві сторони | 80% |

| | |
|---|---|
| Гістеректомія | 60% |
| Оваріектомія з матковою трубою, одна сторона | 30% |
| Конізація | 20% |
| Кюретаж | 15% |
| КИЛА: | |
| Оперування: | |
| - однієї кили | 30% |
| - подвійної кили | 50% |
| СУГЛОБИ ТА ВИВИХИ | |
| Артротомія з приводу захворювання або порушення функції, крім зазначеного нижче та крім пункції | 15% |
| Артротомія плечового, ліктьового, кульшового або колінного суглоба, крім пункції | 40% |
| Видалення, фіксація оперативним шляхом, дезартикуляція або артропластика на: | |
| - плечовому, кульшовому суглобі або хребті | 75% |
| - колінному, ліктьовому, променево-зап'ясному або гомілковостопному суглобі | 30% |
| Вивих (лікування без операції): | |
| - кожного пальця кисті або стопи | 5% |
| - плечового, ліктьового, променево-зап'ясного або гомілковостопного суглоба | 15% |
| - нижньої щелепи | 5% |
| - кульшового або колінного суглоба, крім наколінка | 20% |
| - наколінка | 5% |
| - ушкодження зв'язок променево-зап'ясного або гомілковостопного суглоба, що вимагає фіксації гіпсовою пов'язкою | 10% |
| Для вивиху, який вимагає оперативного втручання, максимальна сума страхової виплати розраховується у подвійному розмірі від сум, зазначених вище | |
| ОПІКИ: | |
| Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням 27% площі поверхні тіла або більше | 100% |
| Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 18% до 27% площі поверхні тіла | 60% |
| Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 9% до 18% площі поверхні тіла | 30% |
| Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 4,5% до 9% площі поверхні тіла | 16% |
| НІС: | |
| Черезносова операція на носових пазухах | 15% |
| Позаносова операція на носових пазухах | 35% |
| Поліпи, видалення одного або більше | 5% |

| | |
|---|---|
| Резекція підслизової оболонки<br>Конхектомія | 25%<br>10% |
| ПУНКЦІЯ:<br>- черевної порожнини<br>- плевральної порожнини або сечового міхура, крім катетеризації<br>- барабанної перетинки, гідроцеле, суглобів або спинномозкова | <br>10%<br>5%<br>5% |
| ПРЯМА КИШКА:<br>Радикальна резекція злоякісної пухлини, всі стадії, включаючи колостомію<br>Геморой, тільки зовнішній, видалення - повна процедура<br>Геморой, внутрішній або внутрішньо-зовнішній, включаючи випадіння прямої кишки, повне, для видалення або повної склерозуючої терапії<br>Нориця прямої кишки<br>Тріщина прямої кишки<br>Інші операції на прямій кишці з розрізом | <br>100%<br>10%<br>20%<br>15%<br>5%<br>20% |
| ЧЕРЕП:<br>Операції з розрізом на порожнині черепа, крім трепанації та пункції<br>Видалення кістки, трепанація або декомпресія | <br>100%<br>30% |
| ГОРЛО:<br>Тонзилектомія або тонзил- та аденоїдектомія:<br>- дорослі та діти віком15 років та старші<br>- діти віком до 15 років<br>Діагностична ларингоскопія<br>Тонзилектомія та аденоїдектомія не визнається Страховим Випадком протягом перших 180 (ста вісімдесяти) днів строку дії цієї Програми. | <br><br>15%<br>10%<br>5% |
| ПУХЛИНИ:<br>Хірургічне видалення:<br>Злоякісних пухлин, крім пухлин слизової оболонки, шкіри та підшкірної клітковини<br>Злоякісних пухлин слизової оболонки, шкіри та підшкірної клітковини<br>Пілонідального синусу або кісти<br>Доброякісної пухлини яєчка або молочної залози<br>Ганглія<br>Доброякісних пухлин, однієї або більше, крім зазначених вище | <br><br>50%<br>25%<br>25%<br>20%<br>5%<br>10% |
| ВЕНИ: | |

| | |
|---|---|
| Варикоз - операція з розрізом або склерозуюча терапія<br>- однієї ноги<br>- обох ніг | <br>20%<br>30% |

**9. Письмова заява про настання Страхового Випадку**

9.1. 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/Страхувальником відповідних офіційних документів.

9.2. Всі необхідні документи, інформація та результати обстежень мають бути надані Страховикові у формі, яка ним вимагається. За необхідності Застрахована Особа повинна пройти медичне обстеження на вимогу та за рахунок Страховика. Після отримання тілесних ушкоджень або настання хвороби Застрахована Особа повинна якнайшвидше отримати допомогу кваліфікованого лікаря та ретельно 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.

9.3. 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.

**10. Період Очікування**

10.1. Період Очікування триває 60 (шістдесят) днів, починаючи з дати Початку дії цієї Програми. Протягом цього періоду не може виникнути право на отримання Страхових Виплат.

10.2. Період Очікування не застосовується до подій, що є результатом Нещасного випадку.

**11. Ця Програма як частина Договору Страхування**

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

11.1.1. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);

11.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);

11.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);

11.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);

11.1.5. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25).

11.2. 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 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.

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

**Додаток 1-15**

**Програма страхування додаткових ризиків**
**Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації 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 Додатку до Договору Страхування.

1.2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім’я та по батькові якої зазначаються у Страховому Полісі або у Додатку до Договору Страхування на письмову вимогу Страхувальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом дії Договору Страхування.

1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії вказується у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.

1.4. Будь-які Страхові Виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з Договором Страхування.

1.5. У разі настання Страхового Випадку, як визначено у пункті 3 «Страховий Випадок та здійснення Страхових Виплат» цієї Програми, Страхова Виплата згідно з умовам цієї Програми здійснюється Застрахованій Особі.

## 2. Визначення термінів

2.1. Термін «пацієнт» використовується у Договорі Страхування для визначення особи, яка згідно з даними медичної карти стаціонарного хворого відповідно до стандартів надання медичної допомоги (згідно зі встановленим діагнозом) безперервно перебувала в лікарні в якості стаціонарного хворого протягом не менше, ніж 24 (двадцять чотири) години.

2.2. Термін «лікарня» використовується у Договорі Страхування для визначення медичного закладу, який:
- має ліцензію на здійснення медичної допомоги та лікування (якщо така ліцензія вимагається законодавством);
- призначений в основному для надання стаціонарної медичної допомоги хворим;

- здійснює цілодобово сестринський догляд кваліфікованими медсестрами та має хоча б одного ліцензованого та кваліфікованого (дипломованого та сертифікованого) лікаря;
- має в наявності обладнання для діагностики та проведення хірургічного втручання в своїх приміщеннях або в інших пристосованих для цього приміщеннях за домовленістю;
- не є медсестринським відділенням лікарні, денним стаціонаром, а також відділенням з надання допомоги пристарілим або видужуючим, де пацієнт отримує головним чином медсестринську допомогу, а також не є за спеціалізацією будинком відпочинку, санаторієм, профілакторієм, медсестринським або геронтологічним відділенням чи реабілітаційним відділенням і т.д.;
- не є місцем проживання Застрахованої Особи або стаціонаром на дому.

2.3. Термін «кваліфікований лікар» використовується у Договорі Страхування для визначення кваліфікованого (дипломованого та сертифікованого) випускника вищого медичного навчального закладу, який не є Застрахованою Особою або членом її сім'ї, діє у межах своїх посадових обов'язків та своєї ліцензії, виданої на здійснення лікарської діяльності з лікування тілесних ушкоджень або захворювань, отриманих внаслідок Нещасного випадку, які визнаються Страховим Випадком відповідно до цієї Програми.

2.4. Термін «транспортування автомобілем швидкої допомоги» використовується у Договорі Страхування для визначення перевезення Застрахованої Особи до медичного закладу автомобілем швидкої допомоги або іншим транспортом, наземним, водним або повітряним, спеціально та виключно призначеним для транспортування хворих до медичних закладів із відповідним обладнанням та санітарно-лікарським складом (екіпажем). Кожен випадок транспортування автомобілем швидкої допомоги має бути належним чином засвідчено у відповідних документах державних служб швидкої допомоги або служб швидкої допомоги приватної лікарні та лікарні, де проводилася госпіталізація згідно з п. 3.6 та/або п.3.7 цієї Програми.

## 3. Страховий Випадок та здійснення Страхових Виплат

3.1. Страховик зобов'язаний здійснити Страхові Виплати у разі настання Страхового Випадку. Страховим Випадком згідно з цією Програмою є:

3.1.1. розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, який призвів до хірургічного втручання (код S); та/або
3.1.2. розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, який призвів до госпіталізації (код H); та/або
3.1.3. тимчасова непрацездатність в період одужання після госпіталізації, зазначеної в п.3.1.2 Програми, якщо це зазначено в Договорі Страхування згідно з п.3.9 Програми (код C);

3.1.4. розлад здоров’я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, який призвів до транспортування Застрахованої Особи автомобілем «швидкої допомоги» до лікарні з метою госпіталізації згідно з п.3.1.2 цієї Програми, якщо це зазначено в Договорі Страхування згідно з п.3.10 Програми.

3.2. Якщо Застрахована Особа зазнає хірургічного втручання внаслідок Нещасного випадку, який стався після початку дії цієї Програми, Страховик здійснює Страхові Виплати, сума яких розраховується як частка від Страхової Суми, зазначеної у Договорі Страхування, яка відповідає такому хірургічному втручанню (відповідно до Таблиці оцінки хірургічних операцій).

3.3. Якщо Застрахована Особа зазнає хірургічного втручання, яке є Страховим Випадком згідно з цією Програмою, але не наведене в Таблиці оцінки хірургічних операцій в результаті Нещасного випадку, то в такому випадку Страховик розраховуватиме суму Страхових Виплат шляхом порівняння такого хірургічного втручання з максимально наближеною за рівнем складності хірургічною операцією, яка наведена в Таблиці оцінки хірургічних операцій в результаті Нещасного випадку. Рівень складності хірургічної операції визначається лікарем-експертом, який призначається Страховиком.

3.4. Якщо Застрахована Особа зазнає декількох хірургічних операцій одночасно, то Страхові Виплати здійснюються у сумі, яка відповідає хірургічній операції з найбільшою часткою від Страхової Суми відповідно до Таблиці оцінки хірургічних операцій в результаті Нещасного випадку.

3.5. Якщо розмір Страхових Виплат, здійснених у випадку хірургічного втручання, дорівнює Страховій Сумі, то Страховик звільняється від подальших зобов’язань згідно з пунктом 3.1.1 цієї Програми до наступної річниці дії Програми. Зобов’язання Страховика може бути поновлено у разі сплати наступної Страхової Премії за цією Програмою.

3.6. Страховик також здійснює Страхові Виплати у випадку госпіталізації Застрахованої Особи у розмірі, зазначеному у Договорі Страхування, за кожен день її фактичного перебування на стаціонарному лікуванні після 3 (трьох) послідовних днів госпіталізації і максимально до 365-го дня, якщо Застрахована Особа госпіталізується через розлад здоров’я внаслідок Нещасного випадку, який вперше стався після Початку дії цієї Програми, а також якщо Застрахована Особа перебуває під наглядом кваліфікованого лікаря. Страховик не визнає перебування у денному стаціонарі та/або амбулаторне лікування Застрахованого госпіталізацією, і, відповідно, не здійснює Страхових виплат у таких випадках.

3.7. У разі госпіталізації Застрахованої Особи до відділення реанімації та інтенсивної терапії лікарні Страховик здійснює Страхову Виплату за кожен день такої госпіталізації, починаючи з першого дня. Обов’язковою умовою

для здійснення Страхової Виплати є те, що госпіталізація до відділення реанімації та інтенсивної терапії лікарні має тривати принаймні 24 години. Страхова Виплата на випадок госпіталізації до відділення реанімації та інтенсивної терапії дорівнює подвійній Страховій Сумі на випадок госпіталізації, зазначеної у Договорі Страхування, та здійснюється замість Страхової Виплати, передбаченої п. 3.6 Програми.

3.8. Наступні перебування у лікарні через одну і ту саму причину вважатимуться одним Страховим Випадком, якщо між такими перебуваннями пройшло не більше 12 (дванадцяти) місяців, протягом яких Застрахована Особа була госпіталізована через цю причину.

3.9. Страховик також здійснює Страхові Виплати на випадок тимчасової непрацездатності в період одужання після госпіталізації, якщо такі Страхові Виплати передбачені у Договорі Страхування і якщо сплачена відповідна додаткова Страхова Премія. Страхові Виплати на випадок тимчасової непрацездатності в період одужання після госпіталізації сплачуються тільки за умови, якщо здійснюються Страхові Виплати на випадок госпіталізації, передбачені п. 3.6 та/або п. 3.7 Програми, незалежно від того, де саме Застрахована Особа проведе період одужання. Тривалість тимчасової непрацездатності в період одужання після госпіталізації за цією Програмою дорівнює подвійній кількості днів фактичного перебування Застрахованої Особи на стаціонарному лікуванні. Денна сума Страхових Виплат протягом періоду одужання зазначається у Договорі Страхування.

3.10. Страховик також здійснює Страхову Виплату у випадку транспортування Застрахованої Особи автомобілем швидкої допомоги до лікарні з метою госпіталізації (як визначено п.3.6 та/або п.3.7 цієї Програми). Страхова Виплата на випадок транспортування Застрахованої Особи автомобілем швидкої допомоги до лікарні сплачується тільки за умови, якщо здійснюються Страхові Виплати на випадок госпіталізації, передбачені п. 3.6 та/або п. 3.7 цієї Програми. Розмір Страхової Виплати на випадок транспортування Застрахованої Особи автомобілем швидкої допомоги до лікарні дорівнює потроєному розміру Страхової Суми на випадок госпіталізації за один день госпіталізації, зазначеної у Страховому Полісі або Договорі Страхування, та не залежить від кількості днів госпіталізації і, відповідно, від розміру Страхової Виплати на випадок госпіталізації.

3.11. Страховик має право провести медичне обстеження Застрахованої Особи за допомогою кваліфікованого лікаря, який призначається Страховиком.

3.12. Якщо розмір здійснених Страхових Виплат дорівнює Страховій Сумі, встановленій для конкретного Страхового Випадку згідно з Договором Страхування, то Страховик звільняється від подальших зобов’язань стосовно такого Страхового Випадку або його наслідків.

3.13. Страхові Виплати згідно з цією Програмою здійснюються за умови, що Страховий Випадок відбувся протягом періоду дії цієї Програми, а належні на момент настання страхового випадку Страхові Премії згідно з цією Програмою сплачені відповідно до умов Договору Страхування.

**4. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування**

4.1. Випадок не визнається Страховим Випадком, якщо він є наслідком, прямо або опосередковано, будь-яких обставин, зазначених в статті 4 «Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування» Правил страхування.

4.2. Додатково до пункту 4.1 цієї Програми Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є 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 участь у змаганнях та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні: автомобільним або мотоспортом із використанням будь-яких наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким повітряним спортом, альпінізмом, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;

4.2.3. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажира на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні повітряні пасажирські перевезення за встановленим маршрутом для таких перевезень;

4.2.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;

4.2.5. Тренування або пілотування або перебування в якості пасажира на планері або планері, який пілотується вручну, або у випадку стрибка Застрахованої Особи з парашутом;

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 введенням ін'єкційним шляхом, абсорбцією 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 патологічні переломи, тобто переломи в результаті захворювання кісткової тканини;

4.2.9. Будь-які методи або способи лікування неврологічних або психічних захворювань, незалежно від виду такого психічного захворювання, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;

4.2.10. 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;

4.2.11. 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;

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

4.2.13. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які практикують нетрадиційні (альтернативні) методи лікування;

4.2.14. Нещасний випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажира 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

4.3. Додатково до пунктів 4.1 та 4.2 цієї Програми такі випадки не визнаються Страховими Випадками:

4.3.1. Госпіталізація/ лікування/ хірургічне втручання у зв'язку із вагітністю, пологами, викиднем або здійсненням аборту;

4.3.2. Проходження профілактичного або іншого медичного огляду, коли відсутні об'єктивні ознаки погіршення нормального стану здоров'я;

4.3.3. Отримання косметичних або інших аналогічних процедур будь-якого виду або проведення пластичних операцій (в тому числі виправлення викривленої носової перетинки (септопластика, риносептопластика тощо)), якщо вони не показані у зв'язку із Нещасним Випадком, як цей термін визначається в Правилах;

4.3.4. Будь-яке реабілітаційне лікування, допомога або оздоровлення, профілактичне лікування в лікувальному центрі, медичному закладі або реабілітаційному центрі (реабілітаційне лікування та допомога).

4.3.5. Лікування будь-якої інфекції, отриманої під час стаціонарного лікування (госпітальна інфекція).

## 5. Початок дії Програми

Датою початку дії цієї Програми є дата, зазначена у Страховому Полісі або у Додатку до Договору Страхування.

## 6. Припинення дії Програми

6.1. Страхування Застрахованої Особи за цією Програмою припиняється відповідно до умов припинення Договору Страхування або, у випадку Договору Страхування групи осіб, у той день, коли Застрахована Особа перестала належати до групи Застрахованих Осіб, якщо це відбулося раніше. Припинення дії цієї Програми не може вплинути на розгляд заяв про здійснення Страхових Виплат за Страховими Випадками, які настали до дати закінчення дії цієї Програми.

6.2. Дія цієї Програми припиняється в 00 годин 00 хвилин за київським часом на дату річниці дії Договору Страхування, що настає одразу після досягнення Застрахованою Особою віку 65 (шістдесят п’ять) років, якщо інше не передбачено в Договорі Страхування.

6.3. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення. У випадку припинення дії Програми за вимогою будь-якої зі Сторін сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов’язання Страховика за цією Програмою припиняються за винятком зобов’язання повернення Страхувальнику незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії - це частина додаткової Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення дії Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.

6.4. Додатково до статті 18 Правил страхування дія цієї Програми припиняється, якщо:

6.4.1. Страхова Премія, термін сплати якої настав за Договором Страхування або Програмами страхування додаткових ризиків не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду; або

6.4.2. Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Повністю Сплаченого Договору Страхування, як передбачено Правилами страхування, дію Програми страхування основних ризиків припинено на будь-яких підставах..

**7. Таблиця оцінки хірургічних операцій в результаті Нещасного випадку**

| ***Опис хірургічних операцій*** | ***Максимальний розмір Страхових Виплат (у % від Страхової Суми)*** |
|---|---|
| ЧЕРЕВНА ПОРОЖНИНА:<br>Резекція кишки<br>Розтин черевної порожнини з метою діагностики або видалення через розріз одного або більше органів, крім зазначеного вище (якщо за одне втручання проводяться дві або більше хірургічних операцій, страхова виплата здійснюється тільки за одну) | 70%<br>50% |
| АМПУТАЦІЯ: | |

| | |
|---|---|
| Будь-якого пальця руки або ноги | 10% |
| Кисті, руки або стопи на рівні гомілки | 20% |
| Верхньої або нижньої кінцівки | 40% |
| Стегна на рівні кульшового суглоба | 70% |
| ГРУДНА КЛІТКА: | |
| Повна торакопластика | 100% |
| Видалення легені (пневмонектомія) або її частини | 70% |
| Розтин грудної порожнини з метою діагностики або лікування, крім пункції | 30% |
| Видалення гною, крім пункції | 10% |
| Штучний пневмоторакс | 10% |
| Бронхоскопія: | |
| - діагностична | 10% |
| - під час операції, виключаючи біопсію | 20% |
| ВУХО: | |
| Розтин барабанної перетинки вуха (парацентез) | 5% |
| Фенестрація, однієї або обох сторін | 100% |
| СТРАВОХІД: | |
| Операція з усунення стриктури | 40% |
| Використання ендоскопа (не більше 3-х разів на рік) | 10% |
| ОКО: | |
| Відшарування сітківки – множинний синтез | 100% |
| Видалення очного яблука (енуклеація) | 30% |
| ПЕРЕЛОМИ: | |
| а) Лікування простих переломів (без операції): | |
| Ключиці, плечового суглоба, чи передпліччя (одна кістка) | 15% |
| Передплюсневих та плюсневих кісток, крижів або куприка | 10% |
| Стегнової кістки | 40% |
| Гомілки (одна кістка) або плеча | 25% |
| Пальців руки чи ноги, кожного, або ребра | 5% |
| Передпліччя – дві кістки, наколінка, або таза (без витягнення) | 20% |
| Гомілки, дві кістки | 30% |
| Щелепи, нижньої | 20% |
| Зап’ястка, метазап’ястка, носа, ребер – два або більше, чи грудини | 10% |
| Таза з витягненням | 30% |
| Хребців, поперечні відростки, кожного | 5% |
| Хребців, компресійний перелом, один або більше | 40% |
| Зап’ястка | 10% |
| б) Лікування складних та відкритих переломів: | |
| Для складних переломів зазначені вище частки | |

| | |
|---|---|
| збільшуються у 1,5 рази.<br>Для переломів, які вимагають хірургічного втручання (включаючи співставлення або остеосинтез), зазначені вище частки подвоюються, але максимальна виплата не повинна перевищувати 100% | |
| СЕЧО-СТАТЕВА СИСТЕМА:<br>Видалення нирки<br>Фіксація нирки<br>Операція на сечоводі з розрізом<br>Операція на уретрі з розрізом<br>Орхидектомія або епідідімектомія | <br>70%<br>70%<br>30%<br>15%<br>25% |
| КИЛА:<br>Оперування:<br>- однієї<br>- подвійної | <br><br>30%<br>50% |
| СУГЛОБИ ТА ВИВИХИ<br>Розтин суглоба при захворюванні або порушенні функції, крім зазначеного нижче та пункції<br>Розтин плечового, ліктьового, кульшового або колінного суглоба, крім пункції<br>Видалення, фіксація оперативним шляхом, дезартикуляція або артропластика на:<br>- плечовому, кульшовому суглобі або хребті<br>- колінному, ліктьовому, променево-зап'ясному або гомілковостопному суглобі<br>Вивих (лікування без операції):<br>- кожного пальця кисті або стопи<br>- плечового, ліктьового, променево-зап'ясного або гомілковостопного суглоба<br>- нижньої щелепи<br>- кульшового або колінного суглоба, крім наколінка<br>- наколінка<br>- ушкодження зв'язок променево-зап'ясного або гомілковостопного суглоба, що вимагає фіксації гіпсовою пов'язкою<br>Для вивихів, які вимагають хірургічного втручання, максимальна сума відшкодування розраховується у подвійному розмірі від сум, зазначених вище | <br>15%<br>40%<br><br>75%<br>30%<br><br>5%<br>15%<br>5%<br>20%<br>5%<br><br>10% |
| ОПІКИ:<br>Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням 27% площі поверхні тіла або більше<br>Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 18% до 27% площі поверхні тіла<br>Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 9% до 18% площі поверхні тіла | <br>100%<br>60%<br>30% |

| | |
|---|---|
| Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 4,5% до 9% площі поверхні тіла | 16% |
| НІС:<br>Черезносова операція на носових пазухах<br>Конхнектомія | <br>15%<br>10% |
| ПУНКЦІЯ:<br>- черевної порожнини<br>- плевральної порожнини або сечового міхура, крім катетеризації<br>- барабанної перетинки, гідроцеле, суглобів або спинномозкова | <br>10%<br>5%<br>5% |
| ПРЯМА КИШКА:<br>Нориця<br>Тріщина<br>Інша операція на прямій кишці з розтином | <br>15%<br>5%<br>20% |
| ЧЕРЕП:<br>Операція з розрізом на порожнині черепа, крім трепанації та пункції<br>Видалення кістки, трепанація або декомпресія | <br>100%<br>30% |
| ГОРЛО:<br>Діагностична ларингоскопія | <br>5% |

**8. Письмова Заява про настання Страхового Випадку**

8.1. Письмова заява має бути подана Страховику не пізніше, ніж протягом 10 (десяти) календарних днів після настання випадку, який може бути визнаний Страховим Випадком згідно з цією Програмою. У разі наявності поважних причин, що перешкоджають поданню такого повідомлення та які пов'язані зі станом здоров'я Застрахованої Особи або іншими обставинами, Страховик може вимагати підтвердження таких причин шляхом надання Застрахованою Особою/Страхувальником відповідних офіційних документів.

8.2. Всі необхідні документи, інформація та результати обстежень мають бути надані Страховикові у формі, яка ним вимагається. За необхідності Застрахована Особа повинна пройти медичне обстеження на вимогу та за рахунок Страховика. Після отримання тілесних ушкоджень Застрахована Особа повинна якнайшвидше отримати допомогу кваліфікованого лікаря та ретельно дотримуватись лікарських призначень. Страховик звільняється від будь-яких зобов'язань щодо наслідків, які виникають через те, що Застрахована Особа не отримала медичну допомогу, не дотримувалась лікарських призначень. У разі смерті Застрахованої Особи, Страховик має

право вимагати проведення патологоанатомічного дослідження за власний рахунок та/або ознайомитись та одержати результати патологоанатомічного дослідження.

8.3. Виписка з медичної карти стаціонарного хворого із зазначенням точного діагнозу, виписний епікриз, інші документи, які містять всі медичні записи та документи щодо проведеного лікування, та інші документи, які підтверджують факт, обставини та наслідки Страхового Випадку, мають бути надані Страховикові на його вимогу в кожному випадку.

## 9. Ця Програма як частина Договору Страхування

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

9.1.1. 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 з ініціативи Страхувальника (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).

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 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.

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

**Додаток 1-16**

**Положення про індексацію для Програм страхування основних ризиків («Положення»)**

## 1. Загальні умови

1.1. Це Положення складає невід'ємну частину Договору Страхування, до якого його включено, та набирає чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цього Положення зазначені у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування.

1.2. Однак, пункт 8, пункт10 та пункт 11 цього Положення набирають чинності після сплати першої суми збільшеної Страхової Премії, згідно з пунктом 5 цього Положення.

## 2. Сфера дії Положення

2.1. Головною метою дії цього Положення є захист Страхових Виплат згідно із Договором Страхування від можливих економічних ризиків. Ця мета досягається завдяки здійсненню щорічної індексації розміру Страхових Премій та Страхових Сум згідно із Договором Страхування.

2.2. Страховик має право призупиняти або не застосовувати індексацію щодо всіх або окремих чинних Договорів Страхування.

## 3. Індекс

Ставка індексації, надалі «Індекс», визначається Страховиком щорічно 31 жовтня, та її базис ґрунтується на офіційному індексі інфляції, встановленому Державним комітетом статистики України або іншим уповноваженим органом державної влади України.

## 4. Визначення розміру збільшеної Страхової Суми у разі смерті Застрахованої Особи

4.1. Індексація Страхової Суми на випадок смерті відбувається раз на рік в кожну річницю дії Договору Страхування протягом років, що дорівнюють половині строку дії Договору Страхування (неповні роки не беруться до уваги). Після цього Збільшена Страхова Сума залишатиметься на тому ж рівні до кінця дії Договору Страхування.

4.2. При здійсненні першої індексації Збільшена Страхова Сума визначається Страховиком через застосування Індексу до початково узгодженої Страхової Суми.

4.3. В кожну наступну річницю дії Договору Страхування проіндексована Страхова Сума визначається шляхом застосування Індексу до Збільшеної Страхової Суми за попередній рік.

4.4. Збільшена Страхова Сума визначається в кожну річницю дії Договору Страхування, але набирає чинності тільки після сплати відповідної збільшеної Страхової Премії.

4.5. Якщо Страховий Випадок має місце протягом Пільгового Періоду і при цьому Страхова Премія, термін сплати якої настав, не була сплачена до дати настання Страхового Випадку, Страховик здійснить Страхову Виплату в розмірі, чинному до чергової дати річниці дії Договору Страхування.

**5. Визначення суми Збільшеної Страхової Премії**

5.1. Індексація суми Страхової Премії відбувається раз на рік в кожну річницю дії Договору Страхування.

5.2. В момент здійснення першої індексації Збільшена Страхова Премія визначається Страховиком шляхом застосування Індексу до початково узгодженої суми Страхової Премії.

5.3. В кожну наступну річницю дії Договору Страхування Збільшена Страхова Премія визначається Страховиком шляхом застосування Індексу до суми Збільшеної Страхової Премії за попередній рік.

5.4. У всіх випадках, коли Збільшена Страхова Премія є недостатньою для забезпечення відповідної Збільшеної Страхової Суми, Страховик має право вимагати сплати додаткової Страхової Премії або перерахувати таку Збільшену Страхову Суму відповідно до страхового тарифу (зменшити пропорційно), що оформляється Додатком до Договору Страхування.

5.5. Розмір збільшеної страхової премії може визначатися за іншою процедурою, ніж зазначено в пунктах 5.1 – 5.4, за письмовою згодою Сторін.

**6. Обмеження дії Положення**

6.1. Якщо Договір Страхування укладений згідно з Програмою страхування основних ризиків «Страхування на випадок дожиття до певного віку або на певний строк», то це Положення застосовується в порядку п.5.3 цього Положення тільки до Страхової Премії, а Страхова Сума збільшується в день настання Страхового Випадку або припинення дії Договору Страхування на розмір Спеціального Фонду Індексації, визначеного згідно з умовами цього Положення.

6.2. Одноразова Страхова Премія не підлягає індексації.

**7. Право відмови від індексації**

7.1. Страхувальник має право відмовитися від збільшення суми Страхової Премії та Страхової Суми тільки у річницю дії Договору Страхування та стосовно всіх складових частин Договору Страхування.

7.2. Страхувальник має право відмовитися щонайбільше від двох індексацій, після чого право на індексацію може бути припинено.

7.3. Право на індексацію може бути поновлене за згодою Страховика за умови задоволення вимог Страховика щодо можливості страхування на момент поновлення.

**8. Спеціальний Фонд Індексації**

8.1. Створення Спеціального Фонду Індексації:

В доповнення до індексації Страхової Суми на випадок смерті згідно з Програмою страхування основних ризиків, це Положення має на меті збільшення виплати за Програмою страхування основних ризиків. Це досягається за допомогою виділення в управлінському обліку Страховика частини страхових резервів - Спеціального Фонду Індексації (надалі – «Фонд»), що спрямовується на індексацію Страхової Суми або Страхової Виплати в порядку, зазначеному в підпункті г) пункту 8.1 цього Положення.

Фонд формується за рахунок таких показників:
- Різниці, як визначено нижче;
- сум, отриманих від інвестування коштів цього Фонду;
- витрат та податків, пов‘язаних із управлінням цим Фондом;

та його розмір визначається шляхом збільшення та/або зменшення зазначених вище показників.

а) Різниця:

Різниця є частиною Збільшеної Страхової Премії, що спрямовується на збільшення Страхової Виплати та розраховується як різниця між сумою Збільшеної Страхової Премії та відповідною вартістю Збільшеної Страхової Суми на випадок смерті згідно із Програмою страхування основних ризиків.

Страховик не може витрачати кошти Фонду, а також надавати кредити під його заставу;

б) Інвестування коштів Фонду:
Кошти Фонду є складовою частиною страхових резервів, їх розміщення відбувається у складі страхових резервів згідно з Правилами розміщення страхових резервів із страхування життя.

Страховик адмініструє Фонд на власний розсуд відповідно до своєї інвестиційної стратегії. Розмір Фонду збільшуватиметься один раз на рік на суму інвестиційного доходу, отриманого Страховиком від розміщення коштів Фонду в складі страхових резервів, відповідно до процедури, яка зазначена в пункті 20.1 Правил страхування;

в) Витрати на адміністрування Фонду:

Витрати, які відносяться на управління Фондом, визначаються щорічно, однак Страховик залишає за собою право вираховувати суму витрат частіше. У цьому випадку модальна сума витрат не повинна перевищувати відповідну річну суму.

Додатково до наведеного вище, Страховик залишає за собою право вираховувати з коштів Фонду будь-які податки відповідно до чинного законодавства України;

г) Виплата коштів Фонду:

Кошти з Фонду виплачуються Страхувальнику, Застрахованій Особі, Вигодонабувачу або особі, що має право на одержання Страхової Виплати, разом зі Страховими Виплатами згідно з Програмою страхування основних ризиків та в порядку, передбаченому для зазначених вище Страхових Виплат. Тобто Страховик та Страхувальник домовились, що в день настання Страхового Випадку або в день припинення дії Договору Страхування Страхова Сума збільшується на розмір Фонду станом на відповідну дату та кошти Фонду виплачуються Страховиком у складі Страхової Виплати.

У разі дострокового припинення дії Договору Страхування, в тому числі дострокового припинення його дії через несплату належної Страхової Премії Викупна Сума, розрахована математично на день припинення Договору Страхування, збільшується на розмір Фонду за вирахуванням штрафу, розмір якого визначається згідно з Таблицею 1. Штраф за дострокове припинення дії Положення.

У разі набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування, кошти Фонду (за вирахуванням штрафу, розмір якого визначається згідно з Таблицею 1. Штраф за дострокове припинення дії Положення) будуть сплачені Страхувальнику в якості Викупної Суми за дострокове припинення дії цього Положення з ініціативи Страхувальника.

**Таблиця 1. Штраф за дострокове припинення дії Положення**

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

**9. Дата Початку дії цього Положення**

Датою Початку дії цього Положення є дата початку дії Програми страхування основних ризиків, зазначена у Страховому Полісі або у Договорі Страхування, якщо тільки це Положення не було включене в Договір Страхування та введене в дію пізніше. В такому випадку, датою початку дії цього Положення буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.

**10. Припинення права на застосування Положення**

Страховик залишає за собою право припинити право на індексацію відповідно до цього Положення на свій розсуд. Також, право на індексацію припиняється та будь-яка індексація в подальшому не здійснюється у разі, якщо:

10.1. Страхувальник відмовився від двох індексацій, а Страховик не надав дозвіл на відновлення такого права згідно з п.7.2 цього Положення;

10.2. Страховик починає застосовувати положення про звільнення Страхувальника від сплати Страхової Премії згідно з відповідними Програмами страхування додаткових ризиків, якщо вони передбачені у Договорі Страхування.

У випадку, передбаченому в п. 10.1 цього Положення, Збільшені Страхові Виплати та Збільшені Страхові Премії залишатимуться на тому ж рівні, який був до моменту відмови від індексації.

У випадку, передбаченому в п.10.2 цього Положення, Збільшені Страхові Виплати та Збільшені Страхові Премії залишатимуться на тому ж рівні, який був до моменту виникнення права Застрахованої Особи на отримання Страхової Виплати згідно з відповідною Програмою страхування.

Збільшені Страхові Виплати або Збільшена Страхова Премія, які стали дійсними після дати настання Страхового Випадку, не створюють Страховику будь-яких додаткових зобов’язань. Надлишок отриманої Страхової Премії повертається Страхувальнику.

**11. Припинення дії Положення**

Це Положення припиняється у таких випадках:

11.1. У разі смерті Застрахованої Особи;
11.2. У день припинення дії Програми страхування основних ризиків, який зазначено у Договорі Страхування;
11.3. Якщо має місце дострокове припинення дії Програми страхування основних ризиків з ініціативи Страхувальника;

11.4. Якщо дія Програми страхування основних ризиків достроково припиняється через несплату належної Страхової Премії;
11.5. Якщо Програма страхування основних ризиків набуває статусу Сплаченого Договору Страхування, в такому разі розмір Збільшеної Страхової Суми, що підлягає виплаті у зв'язку зі смертю перераховується згідно з умовами набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування.

**12. Це Положення як частина Договору Страхування**

12.1. До цього Положення не застосовуються положення Правил страхування щодо:

12.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
12.1.2. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);
12.1.3.Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
12.1.4. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);
12.1.5. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25).

12.2. Положення Правил страхування щодо Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил) застосовується до цього Положення виключно в частині принципу нарахування інвестиційного доходу, отриманого Страховиком від розміщення коштів Фонду.

**Додаток 1-17**

**Положення про індексацію для Програм страхування додаткових ризиків («Положення»)**

**1. Загальні умови**

1.1. Це Положення складає невід'ємну частину Договору Страхування, до якого його включено, та набирає чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цього Положення зазначені у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування.

**2. Сфера дії Положення**

2.1. Головною метою дії цього Положення є захист Страхових Виплат згідно з Програмами страхування додаткових ризиків від можливих економічних ризиків в порядку та на умовах, описаних в цьому Положенні.

2.2. Страховик має право призупиняти або не застосовувати індексацію щодо всіх або окремих чинних Договорів Страхування.

**3. Індекс**

3.1. Індексація проводиться раз на рік шляхом збільшення Страхової Суми за Програмою страхування додаткових ризиків та відповідної Страхової Премії.

3.2. Ставка індексації, надалі «Індекс», визначається щорічно 31 жовтня та її базис ґрунтується на офіційному індексі інфляції, встановленому Державним комітетом статистики України або іншим уповноваженим органом державної влади України.

**4. Визначення розміру Збільшених Страхових Сум за Програмами страхування додаткових ризиків**

4.1. Збільшення (індексація) Страхових Сум за Програмами страхування додаткових ризиків відбувається раз на рік в кожну річницю дії Договору Страхування, максимально до десятої річниці дії Договору Страхування. Після індексації в десяту річницю дії Договору Страхування Страхові Суми за Програмами страхування додаткових ризиків не індексуються.

4.2. При здійсненні першої індексації Збільшена Страхова Сума за Програмою страхування додаткових ризиків визначається шляхом застосування ставки індексації до початково узгодженої Страхової Суми. В кожну наступну річницю дії Договору Страхування Збільшена Страхова Сума за Програмою страхування додаткових ризиків розраховується

шляхом застосування ставки індексації до Збільшеної Страхової Суми за Програмою страхування додаткових ризиків за попередній рік.

4.3. Страховик листом інформує Страхувальника про розмір Збільшеної Страхової Суми за Програмою страхування додаткових ризиків до настання дати кожної річниці дії Договору Страхування. Страхування набирає чинності в 00 годин 00 хвилин в дату річниці дії Договору Страхування за умови сплати Збільшеної Страхової Премії.

4.4. Окремо визначається, що збільшені Страхові Суми, які підлягають виплаті у зв‘язку із госпіталізацію та хірургічним втручанням, визначаються Страховиком відповідно до збільшеної Страхової Премії та віку Застрахованої Особи на момент госпіталізації або хірургічного втручання.

4.5. Якщо Страховий Випадок має місце протягом Пільгового Періоду і при цьому Збільшена Страхова Премія, термін сплати якої настав, не була сплачена до дати настання Страхового Випадку, Страховик здійснить Страхову Виплату, виходячи з розміру Страхової Суми, чинної за день до дати річниці дії Договору Страхування.

**5. Визначення суми Збільшеної Страхової Премії**

5.1. Збільшення (індексація) суми Страхової Премії відбувається раз на рік в кожну річницю дії Договору Страхування максимально до десятої річниці дії Договору Страхування. Після індексації в десяту річницю дії Договору Страхування Страхова Премія не індексується.

5.2. В момент здійснення першої індексації сума Збільшеної Страхової Премії визначається шляхом застосування ставки індексації до початково узгодженої суми Страхової Премії. В кожну наступну річницю дії Договору Страхування збільшена сума Страхової Премії визначається шляхом застосування ставки індексації до суми Збільшеної Страхової Премії за попередній рік.

5.3. Якщо сума Збільшеної Страхової Премії є недостатньою для забезпечення відповідної Збільшеної Страхової Суми за Програмою страхування додаткових ризиків у зв’язку із прив’язкою Страхової Премії до віку Застрахованої Особи, розмір Страхової Суми за Програмою страхування додаткових ризиків буде зменшений до рівня, який покривається Страховою Премією, що буде зазначено у Додатку до Договору Страхування, або Страховик збільшить Страхову Премію до рівня, який відповідає збільшенню Страхової Суми за Програмою страхування додаткових ризиків.

**6. Право відмови від індексації**

6.1. Страхувальник має право відмовитися від збільшення суми Страхової Премії та Страхової Суми, направивши відповідну письмову заяву, тільки у

річницю дії Договору Страхування та тільки стосовно всіх складових частин Договору Страхування.

6.2. Страхувальник має право відмовитися щонайбільше від двох індексацій, після чого право на індексацію може бути припинено.

6.3. Право на індексацію може бути поновлене за згодою Страховика та за умови підтвердження здатності особи мати статус Страхувальника.

**7. Дата Початку дії цього Положення**

7.1. Датою Початку дії цього Положення є дата початку дії Договору Страхування, якщо тільки це Положення не було включене в Договір Страхування та введене в дію пізніше. В такому випадку, датою Початку дії цього Положення буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.

**8. Припинення права на застосування Положення**

8.1. Страховик залишає за собою право припинити право на індексацію відповідно до цього Положення на свій розсуд. Також, право на індексацію припиняється та будь-яка індексація в подальшому не здійснюється у разі, якщо:

8.1.1. Страхувальник відмовився від двох індексацій, а Страховик не надав дозвіл на відновлення такого права;

8.1.2. Страховик починає застосовувати положення про звільнення Страхувальника від сплати Страхової Премії згідно з відповідними Програмами страхування додаткових ризиків, якщо вони передбачені у Договорі Страхування.

8.2. У випадку, передбаченому в пункті 8.1.1 цього Положення, Збільшена Страхова Сума та Збільшені Страхові Премії залишатимуться на тому ж рівні, який був до моменту відмови від індексації.

8.3. У випадку, передбаченому в пункті 8.1.2 цього Положення, Збільшена Страхова Сума та Збільшені Страхові Премії залишатимуться на тому ж рівні, який був до моменту виникнення права Застрахованої Особи на отримання Страхової Виплати згідно з відповідною Програмою страхування додаткових ризиків.

**9. Припинення дії Положення**

Це Положення припиняється у таких випадках:

9.1. Припинення дії Договору Страхування;

9.2. Припинення дії всіх програм страхування додаткових ризиків, до яких застосовується це Положення;
9.3. Після десятої річниці дії Договору Страхування;
9.4. У разі смерті Застрахованої Особи.

**10. Це Положення як частина Договору Страхування**

10.1 До цього Положення не застосовуються положення Правил страхування щодо:

10.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
10.1.2. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);
10.1.3. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
10.1.4. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);
10.1.5. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).

10.2. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25 до Правил) не застосовується до цього Положення.

**Додаток 1 - 18**

**Програма добровільного страхування життя позичальника («Програма»)**

## 1. Загальні положення

1.1. Положення програми добровільного страхування життя позичальника (надалі – Програма) застосовуються в разі, якщо Договором Страхування передбачено страхування відповідно до цієї Програми. Інші прямо не зазначені в тексті Програми умови страхування (щодо прав, обов'язків та відповідальності Сторін, порядку та умов здійснення Страхових виплат тощо) встановлено Правилами.

1.2. Предметом Договору Страхування відповідно до цієї Програми є майнові інтереси, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, яка уклала Кредитний договір з Фінансовою установою та отримала Кредит.

1.3. Програма передбачає здійснення Страховиком в разі настання Страхового випадку Страхової виплати в розмірі Страхової суми (її частини), узгодженої Сторонами та зазначеної в Договорі Страхування. Договором Страхування за згодою Страхувальника може бути передбачено здійснення Страхової виплати в розмірі Страхової суми (її частини), розмір якої пов'язаний з виконанням умов Кредитного договору.
Страхова виплата здійснюється однією грошовою сумою, якщо інше не передбачено умовами Договору Страхування.

1.4. Ця Програма може бути запропонована та поширена на будь-яку Застраховану особу, яка звернулася за кредитом до Фінансової установи та відповідає вимогам Страховика щодо можливості страхування.

## 2. Визначення термінів

Для цілей страхування згідно з цією Програмою наведені нижче терміни матимуть такі значення:

2.1. **Фінансова установа** – юридична особа, яка відповідно до закону надає одну чи декілька фінансових послуг та яка внесена до відповідного реєстру у порядку, встановленому законом.

2.2. **Страхова сума** – узгоджена між Страховиком та Страхувальником грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні Страхового випадку.

2.3. **Страхова премія** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором Страхування.

2.4. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором Страхування, яка мала місце під час дії Договору Страхування, не підпадає під виключення або обмеження страхування, передбачені чинним законодавством України, Правилами та умовами страхування, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату за Договором Страхування.

2.5. **Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору Страхування при настанні Страхового випадку. Страхові виплати за Договором Страхування здійснюються в межах Страхової Суми.

2.6. **Застрахована особа** – фізична особа, життя або життя та працездатність якої застраховані згідно з Договором Страхування, прізвище, ім'я та по-батькові якої зазначено у Договорі Страхування, якій надається кредит на підставі договірних відносин із Фінансовою установою та яка відповідає вимогам Страховика щодо можливості страхування.

2.7. **Страхувальник** – якщо інше не зазначено в Договорі Страхування, фізична особа, яка уклала Договір Страхування зі Страховиком та взяла тим самим на себе зобов'язання зі сплати Страхових Премій та інші зобов'язання, передбачені Договором Страхування. Стосовно умов цієї Програми, якщо інше не зазначено в Договорі Страхування, Застрахована особа та Страхувальник є однією й тією самою особою.

2.8. **Заява на страхування** – повідомлення Страхувальником Страховика про намір Страхувальника укласти Договір Страхування, яке повинно містити всю необхідну згідно з вимогами Страховика інформацію. Заява на страхування повинна бути підписана Страхувальником. Подання Заяви на страхування не зобов'язує жодну із сторін укладати Договір Страхування. Однак, якщо Договір Страхування буде укладено, всі відомості, які були наведені в Заяві на страхування, формують основні дані укладеного Договору Страхування. Страхувальник несе відповідальність за достовірність наданих ним даних.

2.9. **Рік дії Договору Страхування** - це:
- для першого року страхування - період тривалістю 365 днів (366 днів для високосного року), що розпочинається з дати набрання чинності Договором Страхування;
- для наступних років страхування – період тривалістю 365 днів (366 днів для високосного року), що розпочинається з дня кожної Річниці Договору Страхування та закінчується в день, що передує наступній Річниці Договору Страхування.

2.10. **Річниця Договору Страхування** – дата, наступна за останнім днем відповідного Року дії Договору Страхування.

2.11. **Пільговий Період** - період часу, зазначений у Договорі Страхування, який починається з дати, встановленої для сплати чергової Страхової премії, та протягом якого в разі несплати чергової Страхової премії Договір Страхування зберігає чинність. Тривалість Пільгового Періоду встановлюється у днях. Якщо Договором Страхування не передбачено інше, тривалість Пільгового Періоду складає 30 календарних днів.

2.12. **Нещасний Випадок** – раптова, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась протягом строку дії Договору Страхування внаслідок впливу різноманітних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до настання повної непрацездатності Застрахованої особи або нанесення будь-яких інших тілесних ушкоджень, передбачених Договором Страхування, та/або її загибелі (смерті).

2.13. **Вигодонабувач** – фізична або юридична особа, визначена Страхувальником у Договорі Страхування як особа, яка має право отримати Страхову виплату у разі настання Страхового випадку.

2.14. **Хвороба (захворювання)** – будь-який патологічний стан, патологічний процес, який проявляється порушеннями морфології (анатомічної, гістологічної будови), обміну речовин та/або функціонування систем організму (його частин, органів, тканин) у людини або порушеннями функцій органів та систем організму Застрахованої особи, не спричинений Нещасним Випадком, та який можна об’єктивно діагностувати.

2.15. **Постійна та Повна Непрацездатність (ППН)** – повна, чітко виражена та остаточна непрацездатність Застрахованої особи, яка визнана Страховиком, отримана внаслідок Хвороби або захворювання, або Тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку, що повністю робить неможливим виконання Застрахованою особою будь-якої роботи, здійснення трудової або професійної діяльності за плату, винагороду або заради отримання прибутку протягом решти життя такої Застрахованої особи. Від дати настання Нещасного Випадку, що призвів до настання повної непрацездатності Застрахованої особи, або діагностування Хвороби (захворювання), що призвела (призвело) до настання повної непрацездатності Застрахованої Особи має минути Мінімальний період очікування до того, як таку непрацездатність може бути визнано Постійною та Повною Непрацездатністю відповідно до умов цієї Програми. Проте, у випадку, визначеному у пункті 8.7.4 цієї Програми, непрацездатність може бути визнано Страховиком Постійною та Повною Непрацездатністю без застосування Мінімального періоду очікування.

2.16. **Тілесні ушкодження внаслідок Нещасного Випадку** – тілесні ушкодження Застрахованої особи, які можливо об’єктивно діагностувати та які настали внаслідок Нещасного Випадку, що мав місце протягом строку дії Договору Страхування, мають прямий причинно-наслідковий зв’язок з таким Нещасним Випадком та не залежать від будь-яких інших причин.

2.17. **Кредит** – грошові кошти, надані Фінансовою установою Застрахованій особі в розмірі та на умовах, установлених Кредитним договором.

2.18. **Кредитний договір** – кредитний договір, укладений між Фінансовою установою та Застрахованою особою, згідно з умовами якого Застрахована особа отримала Кредит.

2.19. **Мінімальний період очікування** – період в 12 (дванадцять) послідовних місяців від дати настання Нещасного Випадку, що призвів до настання повної непрацездатності Застрахованої Особи, або діагностування Хвороби, захворювання, що призвело до настання повної непрацездатності Застрахованої Особи, якщо інший строк не передбачено в Договорі Страхування.

2.20. **Період відстрочки** – період, визначений за згодою Сторін у Договорі Страхування, що починається з дати набрання чинності Договором Страхування, укладеним на підставі даної Програми. У разі настання Нещасного Випадку або діагностування Хвороби, захворювання Застрахованої особи протягом Періоду відстрочки, наслідки такого Нещасного Випадку або Хвороби, захворювання не визнаються Страховим випадком за цією Програмою, та Страхова Виплата не здійснюється.

**3. Страховий випадок**

3.1. Договором Страхування можуть бути передбачені такі Страхові випадки:

3.1.1. Смерть Застрахованої особи;
3.1.2. Смерть Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку;
3.1.3. Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої особи;
3.1.4. Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку.

3.2. Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої особи може бути визнана Страховим випадком згідно з пунктами 3.1.3 - 3.1.4 цієї Програми лише у випадку, якщо така непрацездатність Застрахованої особи не пов’язана з Нещасним Випадком або Хворобою (захворюванням), що сталися (діагностовані) протягом Періоду відстрочки, визначеного в Договорі Страхування.

3.3. Страхування на випадок подій, зазначених в пунктах 3.1.2 - 3.1.4 цієї Програми, може здійснюватися лише за умови, що Договором Страхування передбачено Страховий випадок, зазначений у пункті 3.1.1 цієї Програми.

3.4. Конкретний перелік Страхових випадків за цією Програмою зазначається в Договорі Страхування.

**4. Критерії можливості страхування, виключення зі Страхових випадків та обмеження страхування**

4.1. Вимоги щодо можливості Страхування.
Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Застрахованою особою за Договором Страхування, укладеним на підставі цієї Програми, може бути фізична особа, яка відповідає таким критеріям:

4.1.1. *Критерій вікового цензу*. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, протягом усього строку дії Договору Страхування вік Застрахованої особи не повинен бути меншим за 18 (вісімнадцять) років та більшим за 65 (шістдесят п'ять) років.
4.1.2. *Критерій місця проживання.* Протягом усього строку дії Договору Страхування місцем проживання Застрахованої особи має бути Україна.
4.1.3. *Критерій стану здоров'я.* Стан здоров'я особи, яка має бути застрахована за умовами цієї Програми, на дату прийняття Страховиком відповідної Заяви на страхування або на дату укладення Договору Страхування, повинен відповідати інформації та вимогам Декларації Застрахованої особи та/або іншого документа, що надається Страховиком для заповнення Застрахованій особі, якщо заповнення такого документа вимагається Страховиком. Особа, яка має бути застрахована, не повинна мати постійну та повну або тимчасову та повну непрацездатність, бути на лікарняному або бути госпіталізованою, або мати встановлену групу інвалідності на дату початку дії Договору Страхування.
4.1.4. *Критерій працевлаштування.* У разі, якщо Договором Страхування, укладеним відповідно до цієї Програми, передбачений Страховий випадок, визначений у пунктах 3.1.3 та/або 3.1.4 цієї Програми, то на дату укладення Договору Страхування та на дату, коли Хворобу було вперше діагностовано, або на дату настання Нещасного Випадку Застрахована особа повинна працювати на умовах трудового договору (контракту), виконувати роботи на підставі договору цивільно-правового характеру або займатися іншою, не забороненою чинним законодавством діяльністю, пов'язаною з отриманням доходу.

4.2. Виключення зі Страхових випадків та обмеження страхування.

4.2.1. Згідно з Договором Страхування, укладеним за умовами цієї Програми, будь-яка подія не визнається Страховим випадком та Страхова виплата не здійснюється, якщо така подія прямо або опосередковано, повністю або частково спричинена або пов'язана з:

4.2.1.1. Подіями, зазначеними у статті 4 Правил та у статті 17 Правил;
4.2.1.2. Хворобою, захворюванням або станом здоров'я Застрахованої особи, які виникли до початку дії цієї Програми;
4.2.1.3. Заняттям Застрахованою особою будь-яким видом спорту на професійному рівні, в тому числі змаганням та тренуванням, а також заняттям Застрахованою особою на любительському рівні такими видами спорту: автомобільним або моторизованим спортом із використанням

наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким кінним спортом, повітряним спортом, альпінізмом, бойовими видами мистецтва, підводним плаванням, дайвінгом (глибше, ніж 40 м), стрільбою;
4.2.1.4. Подорожуванням або польотом на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту як пасажира на будь-якому комерційному повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;
4.2.1.5. Проходженням Застрахованою особою будь-якої строкової або контрактної служби в будь-яких підрозділах збройних сил будь-якої країни або в міжнародних військах незалежно від того, в мирний час чи під час війни.

4.2.2. Додатково до випадків, передбачених у пунктах 4.2.1.1.- 4.2.1.5. цієї Програми, не визнається Страховим випадком «Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої особи» або «Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку» непрацездатність, яку не може бути об'єктивно досліджено та діагностовано, тобто не може бути виявлено та підтверджено за допомогою об'єктивних, інструментальних, лабораторних досліджень, а також непрацездатність, пов'язана з психічними хворобами або будь-якими іншими розумовими або нервовими захворюваннями.

4.2.3. У випадку подання Застрахованою особою або Страхувальником свідомо неправдивої інформації стосовно віку Застрахованої особи, та якщо на дату укладення Договору Страхування така Застрахована особа не відповідала критерію вікового цензу, визначеного у пункті 4.1.1, Договір Страхування вважається таким, що не набрав чинності, а відповідна Страхова премія, сплачена за таким Договором Страхування, підлягає поверненню Страхувальнику. Страховик не буде нести жодних зобов'язань за таким Договором Страхування та не здійснюватиме Страхових виплат.

4.2.4. Страхуванню не підлягають та до складу Страхової виплати не відносяться:

- Зобов'язання Застрахованої особи щодо відшкодування моральної (немайнової) шкоди;
- Зобов'язання Застрахованої особи щодо відшкодування Фінансовій установі непрямих збитків, в тому числі втраченої вигоди, недоотриманого прибутку тощо.

4.2.5. Якщо інше не зазначено в Договорі Страхування, страхуванню не підлягають та до складу Страхової виплати не відносяться:

- Зобов'язання Застрахованої особи за Кредитним договором щодо відсотків за користування кредитом;

- Зобов'язання Застрахованої особи за Кредитним договором щодо штрафних санкцій та інших додаткових виплат (неустойки, штрафів, пені, судових витрат тощо).

**5. Страхова премія**

5.1. Відповідно до умов Договору Страхування Страхова премія сплачується періодично протягом строку дії Договору Страхування або одноразово за весь період дії Договору Страхування. Порядок сплати Страхових Премій узгоджується Сторонами у Договорі Страхування.

5.2. Страхова премія, що сплачується у вигляді одноразового платежу, повинна сплачуватися в день, визначений у Договорі Страхування як початок дії Договору Страхування. У випадку періодичної сплати Страхової премії, якщо інше не передбачено Договором Страхування, чергова Страхова премія підлягає сплаті у дату, визначену в Договорі Страхування для сплати Страхових Премій.

5.3. Якщо чергову Страхову премію не сплачено в повному обсязі до дати закінчення Пільгового Періоду, зазначеного в Договорі Страхування, то дія Договору Страхування припиняється після закінчення такого Пільгового Періоду.

5.4. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Страховик має право змінювати розмір Страхової премії за Договором Страхування, укладеним відповідно до цієї Програми. Зміна набуватиме чинності з Річниці Договору Страхування або з іншої дати, узгодженої сторонами в Договорі Страхування. Страхувальник має право відмовитись від таких змін протягом періоду, узгодженого Сторонами у Договорі Страхування. Якщо Страхувальник відмовляється прийняти зміни, Страховик має право достроково припинити дію Договору Страхування з чергової Річниці Договору Страхування або з іншої дати, узгодженої сторонами в Договорі Страхування, шляхом письмового повідомлення Страхувальника та Фінансової установи.

**6. Порядок укладання Договору Страхування**

6.1. Договір Страхування укладається в письмові формі в один із таких способів:
6.1.1. шляхом складання та підписання Сторонами одного документу, яким є Договір Страхування, або
6.1.2. в інший спосіб, не заборонений чинним законодавством України.

6.2. Для укладання Договору Страхування Страхувальник повинен надати Страховику:
6.2.1. Декларацію Застрахованої особи та/або інший документ за формою, затвердженою Страховиком, на вимогу Страховика. Зазначені документи мають бути підписані Застрахованою особою;

6.2.2. Інші документи, необхідні для проведення оцінки страхового ризику, на вимогу Страховика.

6.3. У випадку, якщо Договір Страхування укладається у інший спосіб, ніж складання та підписання одного документу, як передбачено пунктом 6.1.2 цієї Програми, то для укладання Договору Страхування Страхувальнику додатково до документів, визначених у пунктах 6.2.1 та 6.2.2 цієї Програми, необхідно надати Страховику письмову Заяву на страхування у двох примірниках за формою, встановленою Страховиком.

6.4. Факт укладання Договору Страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору Страхування.

**7. Строк та місце дії Договору Страхування**

7.1. Строк дії Договору Страхування визначається Сторонами в Договорі Страхування та, якщо інше не передбачено в Договорі Страхування, може дорівнювати строку дії Кредитного договору, або становити 1 рік з правом щорічного поновлення дії Договору Страхування.

7.2. Неперервність дії Договору Страхування, укладеного відповідно до цієї Програми, залежить від факту сплати Страхової премії, яка має сплачуватися в строки та в розмірах, передбачених Договором Страхування з урахуванням умов Пільгового періоду.

7.3. Договір Страхування згідно із цією Програмою набирає чинності тільки у випадку виконання усіх наведених нижче умов:
7.3.1. підписання Договору Страхування Сторонами та наявності усіх документів, необхідних для укладення Договору Страхування, якщо Договір Страхування укладено відповідно до пункту 6.1.1 цієї Програми;
7.3.2. наявності усіх документів, необхідних для укладення Договору Страхування, прийняття Страховиком Заяви на страхування та видачі Страховиком Страхового Поліса або Страхового сертифіката або іншого документа за формою, затвердженою Страховиком та передбаченою чинним законодавством України, якщо Договір Страхування укладено відповідно до пункту 6.1.2 цієї Програми;
7.3.3. відповідності Застрахованої особи вимогам Страховика щодо можливості страхування;
7.3.4. оплати на поточний рахунок Страховика Страхової премії у розмірі та в строк, визначений в Договорі Страхування, та одержання такої премії Страховиком.

7.4. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Договір Страхування набирає чинності та фактичне надання страхових послуг Страховиком починається (Програма починає діяти) в разі виконання умов пункту 7.3 цієї Програми з дати виконання тієї умови, зазначеної у пунктах 7.3.1 - 7.3.4, що відбулася пізніше.

7.5. Договір Страхування діє на території будь-якої країни світу, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

**8. Порядок і умови здійснення Страхових виплат та строк прийняття рішення про здійснення Страхових виплат. Дії Страхувальника у разі настання Страхового випадку. Перелік документів, що підтверджують настання Страхового випадку.**

8.1. Порядок і умови здійснення Страхових виплат, строк прийняття рішення про здійснення Страхових виплат, дії Страхувальника у разі настання Страхового випадку, перелік документів, що підтверджують настання Страхового випадку, визначаються відповідно до статей 15, 16, 17 Правил з урахуванням умов цієї Програми. Сума Страхової виплати визначається таким чином:

8.1.1. Розмір Страхової виплати при настанні Страхового випадку дорівнює розміру Страхової суми (її частині). При виконанні умов Договору Страхування, пов'язаного з умовами Кредитного договору, розмір Страхової виплати не може бути меншим, ніж 100 % фактичної заборгованості за тілом кредиту на день настання Страхового випадку, якщо інше не узгоджено Сторонами в Договорі Страхування. Страховик при настанні Страхового випадку проводить Страхову виплату в межах Страхової суми.

8.2. Додатково до прав Страховика, передбачених розділом 10.2 Правил, при настанні Страхового випадку, передбаченого пунктами 3.1.1 або 3.1.2 цієї Програми, Страховик має право приймати рішення щодо настання Страхового випадку на підставі результатів медичної експертизи, проведеної лікарями, призначеними Страховиком.

8.3. Додатково до прав Страховика, передбачених розділом 10.2 Правил, при настанні Страхового випадку, передбаченого пунктами 3.1.3 або 3.1.4 цієї Програми, Страховик має право вимагати від Страхувальника та Застрахованої особи надання документів для підтвердження того, що Застрахована особа працювала на умовах трудового договору (контракту), виконувала роботи на підставі договору цивільно-правового характеру або займалася іншою, не забороненою чинним законодавством діяльністю, пов'язаною з отриманням доходу, станом на дату, коли Хворобу було вперше діагностовано, або на дату настання Нещасного Випадку.

8.4. Додатково до прав Страховика, передбачених розділом 10.2 Правил, Страховик має право призначати лікаря для обстеження Застрахованої особи з метою визначення відповідності стану здоров'я Застрахованої особи критеріям страхових випадків, передбачених пунктами 3.1.3 та 3.1.4 цієї Програми та/або вимагати проведення аналізу крові Застрахованої особи, включаючи аналіз крові на ВІЛ, та проходження іншого обстеження, обсяг якого встановлюється Страховиком залежно від характеру непрацездатності. Страховик також має право вимагати та мати можливість

проведення патолого-анатомічного дослідження у випадку настання смерті, якщо це не заборонено чинним законодавством, та/або ознайомитись та одержати результати патологоанатомічного дослідження.

8.5. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Страхова виплата здійснюється Вигодонабувачу.

8.6. Страхову виплату буде здійснено за таких умов:
8.6.1. Страховий випадок мав місце (Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої особи була визнана Страховиком) протягом дії Договору Страхування, укладеного відповідно до цієї Програми;
8.6.2. Нещасний Випадок, що призвів до настання повної непрацездатності, мав місце протягом дії Договору Страхування, укладеного відповідно до цієї Програми, або Хворобу (захворювання), що призвела (призвело) до настання Страхового Випадку, було вперше діагностовано протягом дії Договору Страхування, укладеного відповідно до цієї Програми;
8.6.3. Страховик отримав усі належні документи, що підтверджують настання Страхового випадку відповідно до Договору Страхування.

8.7. Додатково до умов пункту 8.6 цієї Програми Страхова виплата у разі настання Страхового випадку, визначеного у пункті 3.1.3 або пункті 3.1.4 цієї Програми, здійснюється за таких умов (якщо інше не передбачено Договором Страхування):
8.7.1. Повна непрацездатність, що відповідає критеріям, зазначеним у пункті 2.15 цієї Програми, настала після закінчення Періоду відстрочки, якщо він передбачений Договором Страхування;
8.7.2. Хворобу (захворювання), що призвела (призвело) до настання повної непрацездатності, було вперше діагностовано, або Нещасний Випадок, що призвів до настання повної непрацездатності, настав після закінчення Періоду відстрочки, якщо він передбачений Договором Страхування;
8.7.3. Страхувальник або Застрахована особа надали належне підтвердження (в тому числі, але не обмежуючись документальним) наявності повної непрацездатності Застрахованої особи безперервно, протягом визначеного Мінімального періоду очікування, згідно з пунктом 2.19 цієї Програми;
8.7.4. Проте, в разі повної та невідновної втрати зору на обидва ока або втрати через відчленування двох або більше кінцівок (на рівні або вище зап’ястку або гомілковостопного суглоба) Страховик може не застосовувати Мінімальний період очікування та визнати стан Застрахованої особи як Постійну та Повну Непрацездатність без застосування Мінімального періоду очікування;
8.7.5. Постійна та Повна Непрацездатність визнається Страховиком після закінчення Мінімального періоду очікування (за винятком випадків, передбачених пунктом 8.7.4 цієї Програми) та до наступної Річниці Договору Страхування після досягнення Застрахованою особою 60 (шістдесяти) років – за Страховим випадком, передбаченим пунктом 3.1.3 цієї Програми, або до наступної річниці Договору Страхування після досягнення Застрахованою особою 65 (шістдесяти п’яти) років – за

Страховим випадком, передбаченим пунктом 3.1.4 цієї Програми, якщо інший вік не передбачено Договором Страхування;

8.8. Якщо інше не передбачено умовами Договору Страхування, у разі Постійної та Повної Непрацездатності або Повної та Постійної Непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку Страхова виплата здійснюється однією грошовою сумою після закінчення Мінімального періоду очікування та після визнання Постійної та Повної Непрацездатності Страховиком відповідно до умов цієї Програми.

## 9. Умови Припинення дії Договору Страхування

9.1. Додатково до випадків, передбачених у пункті 18.1 Правил, дія Договору Страхування згідно із цією Програмою припиняється та Договір Страхування втрачає чинність:
9.1.1. З дати чергової Річниці Договору Страхування після досягнення Застрахованою особою віку 60 (шістдесят) років в частині страхування на випадок настання події, передбаченої пунктом 3.1.3 цієї Програми; з дати чергової Річниці Договору Страхування після досягнення Застрахованою особою віку 65 (шістдесят п’ять) років в частині страхування на випадок настання подій, передбачених пунктами 3.1.1, 3.1.2 та 3.1.4 цієї Програми, якщо інше не передбачено Договором Страхування;
9.1.2. З дати припинення дії Кредитного договору, укладеного між Застрахованою особою та Фінансовою установою;
9.1.3. З дати повного виконання Застрахованою особою зобов’язань щодо повернення Кредиту - суми основного боргу (тіла кредиту) за Кредитним договором;
9.1.4. У разі виконання Страховиком зобов’язань за Договором Страхування в повному обсязі;
9.1.5. У випадку несплати Страхової премії протягом Пільгового періоду, згідно з пунктом 5 цієї Програми;
9.1.6. У випадку, якщо Україна перестає бути місцем постійного проживання Застрахованої особи.

9.2. У разі ухвалення Страховиком рішення щодо здійснення Страхової виплати за Страховим випадком «Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої особи» або «Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку» зобов’язання Страховика за Договором Страхування припиняються з дати ухвалення зазначеного рішення, крім обов’язку здійснити Страхову виплату за Страховим випадком «Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої особи» або «Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку» відповідно.

9.3. Дію Договору Страхування, укладеного за цією Програмою, може бути припинено за вимогою однієї зі Сторін шляхом надання попереднього письмового повідомлення про дострокове припинення дії Договору

Страхування іншій Стороні не пізніше, ніж за 30 днів до дати дострокового припинення дії Договору Страхування.

9.4. У разі дострокового припинення Договору Страхування Страхувальнику виплачується Викупна Сума.

**10. Описки**

Застрахована особа несе відповідальність за заповнення Заяви на страхування. Заява на страхування заповнюється українською мовою за допомогою комп'ютерної техніки або кульковою ручкою, акуратно та розбірливо, не допускаючи помарок, підчищень і виправлень. Всі поля повинні бути заповнені. Незаповнені рядки та клітинки не допускаються. Страховик не несе відповідальності ані за будь-яке упущення Застрахованої особи в цьому відношенні, ані за будь-які описки, що можуть змінити умови та положення Договору Страхування.

**11. Інші положення**

11.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил щодо:

11.1.1. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);

11.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);

11.1.3. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);

11.1.4. Положення про індексацію для Програми страхування основних ризиків (Додаток 1-16);

11.1.5. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25).

11.2. Договором Страхування, що передбачає страхування за цією Програмою, може також бути передбачено страхування за програмами страхування додаткових ризиків.

11.3. У випадку, якщо Договір Страхування конкретизує, змінює, уточнює або доповнює положення цієї Програми, пріоритетну силу мають умови Договору Страхування.

**Додаток 1-19**

**Програма страхування основних ризиків**
**Програма добровільного страхування життя «Життя Плюс»**
**(«Програма»)**

## 1. Договір Страхування

1.1. Ці спеціальні умови Програми добровільного страхування життя «Життя Плюс», згідно з якими між **Вами** та Приватним акціонерним товариством «МетЛайф» укладено Договір Страхування, є додатком до Правил добровільного страхування життя та разом з ними, Страховим Полісом, Заявою на укладання Договору добровільного страхування життя за програмою «Життя Плюс», всіма додатками до них та будь-якими іншими **Вашими** письмовими заявами та повідомленнями складають та є невід'ємними частинами Договору Страхування, укладеного між **Вами** та **Нами.** Будь ласка, уважно прочитайте цей документ, оскільки він пояснює умови **Вашого** Договору Страхування. Якщо **Ви** не розумієте будь-яку їх частину або положення цієї Програми, **Вам** необхідно звернутись до **Нашого** Головного Офісу.

1.2. За умови повної та своєчасної сплати належних Страхових Премій Договір Страхування, укладений на умовах цієї Програми, забезпечує здійснення Страхових Виплат, зазначених у відповідних пунктах Програми. Зокрема, **Вам** необхідно звернути увагу на такі пункти цього документа: **«Визначення термінів», «Страхові Виплати», «Виключення та обмеження страхування», «Повідомлення про страховий випадок** та **подання заяви на здійснення Страхової Виплати».**

1.3. **Строк дії Договору Страхування:**

Договір Страхування набуває чинності з 00 годин 00 хвилин за київським часом дати, зазначеної у **Вашому** Страховому Полісі як **Початок дії Договору Страхування,** та за звичайних умов діє до 24 годин 00 хвилин за київським часом дати, зазначеної у **Вашому** Страховому Полісі **як Закінчення дії Договору Страхування,** або раніше згідно з умовами пункту 7 Програми – «**Припинення дії Договору Страхування»,** з врахуванням умов пункту 1.4 – «**Сплата Страхових Премій».**

1.4. **Сплата Страхових Премій:**

Страхові Премії сплачуються протягом всього строку дії Договору Страхування до/ в кожну річницю Дати сплати щорічної Страхової Премії**,** зазначеної у **Вашому** Страховому Полісі. Проте, дозволяється сплата страхової премії частіше, ніж один раз на рік, рівними частинами відповідно до умов Правил. **Вам** надається 30-денний Пільговий період для сплати кожної Страхової Премії. Якщо до кінця Пільгового періоду Страхову Премію не сплачено, нами застосовуються умови статті 6 Правил. Під час

розгляду та врегулювання Вашої заяви на здійснення Страхової Виплати щодо Страхових Випадків, що стались протягом Пільгового періоду, всі несплачені вчасно Страхові Премії будуть вираховуватись зі Страхової Виплати.

**2. Визначення термінів:**

Для цілей даної Програми наведені нижче терміни будуть вживатись і мати такі значення:

2.1. **Вигодонабувач (Вигодонабувачі) -** особа (особи), призначена(і) **Вами** для отримання Страхових Виплат за Договором Страхування.

2.2. **Страхова Сума -** грошова сума, в межах якої **Ми** відповідно до умов страхування зобов'язані провести Страхову Виплату у разі настання Страхового Випадку.

2.3. **Страховий Випадок -** подія, передбачена Договором Страхування, яка відбулася протягом строку дії Вашого Договору Страхування, і з настанням якої виникає **Наш** обов'язок здійснити Страхову Виплату **Вам** або третій особі. Для цієї Програми Страховими Випадками визнаються події, що сталися в проміжок часу після дати **Початку дії Договору Страхування** та перед датою **Закінчення дії Договору Страхування**, а саме:

2.3.1. **Ваша** смерть;

2.3.2. **Ваша** смерть внаслідок Нещасного випадку;

2.3.3. діагностування у **Вас** з одного з таких критичних захворювань: Рак, Перший Інфаркт Міокарда, Інсульт, Ішемічна Хвороба Серця, що вимагає хірургічного лікування, Ниркова Недостатність, Трансплантація Життєво Важливих Органів або Сліпота згідно з визначеннями цих захворювань, наведеними далі в цій Програмі.

2.3.4. **Ваша** Постійна та Повна Непрацездатність згідно з визначенням, наведеним в цій Програмі;

2.3.5. **Ви** залишились живим (живою) на дату **Закінчення дії Договору Страхування** та всі належні Страхові Премії сплачено до дати Закінчення дії Договору Страхування.

2.4. **Дата випуску Страхового Поліса –** зазначена в Страховому Полісі дата, в яку Страховий Поліс було випущено. Дата випуску Страхового Поліса може бути пізнішою, ніж дата Початку дії Договору Страхування.

2.5. **Початок дії Договору Страхування –** дата**,** зазначена в Страховому Полісі, з якої Договір Страхування набирає чинності.

2.6. **Закінчення дії Договору Страхування -** дата**,** зазначена в Страховому Полісі, з якої Договір Страхування втрачає чинність.

2.7. **Страхова Премія** - плата за страхування, яку **Ви** зобов'язані внести **нам** згідно з Договором Страхування. Розмір Страхової Премії залежить від **Вашого** віку, статі, розміру Страхової Суми, зазначеної в Страховому Полісі.

2.8. **Ви/Ваш** та всі інші відмінки цих займенників – Застрахована Особа, зазначена в Страховому Полісі. Для цілей цієї Програми Застрахована Особа та Страхувальник є однією і тією самою особою.

2.9. **Ми/Наш** та всі інші відмінки цих займенників – Приватне акціонерне товариство «МетЛайф», Страховик, що надає страхові послуги.

**3. Страхові Виплати:**

3.1. Якщо з Вами до дати **Закінчення дії Договору Страхування** в період дії **Вашого** Договору Страхування стався Страховий Випадок, **ми** виплатимо:

3.1.1. Вигодонабувачеві - **Страхову Виплату на випадок смерті** (LCB) у розмірі Страхової Суми, зазначеної в Страховому Полісі, у разі **Вашої** смерті до дати **Закінчення дії Договору Страхування.** Страхова Виплата на випадок смерті зменшується на суму всіх належних, але не сплачених Страхових Премій.

3.1.2. Вигодонабувачеві - **Страхову Виплату на випадок смерті внаслідок Нещасного випадку** (ADB) у розмірі Страхової Суми, зазначеної в Страховому Полісі, у разі **Вашої** смерті внаслідок Нещасного випадку (згідно з визначенням, наведеним нижче) до дати **Закінчення дії Договору Страхування.** Зазначена Страхова Виплата (ADB) буде здійснена додатково до Страхової Виплати на випадок смерті (LCB).

> **Нещасний випадок** – будь-який випадковий, зовнішній, насильницький, раптовий випадок або інша непередбачувана та незалежна від **Вашої** волі подія, яка призвела до серйозних тілесних ушкоджень, що стали причиною **Вашої** смерті протягом 180 днів з дати настання такої події.

3.1.3. **Вам - Страхову Виплату на випадок критичного захворювання** (CI) у розмірі Страхової Суми, зазначеної в Страховому Полісі, після одержання належних письмових доказів, які є достатніми та переконливими для **Нас**, які свідчать, що у **Вас** вперше діагностовано один з таких станів: **Рак, Перший Інфаркт Міокарда, Інсульт, Ішемічна Хвороба Серця, що вимагає хірургічного лікування, Ниркова Недостатність, Трансплантація Життєво Важливих Органів** або **Сліпота** (згідно з визначеннями, наведеними нижче), не раніше ніж через 90 (дев'яносто) днів після дати **Початку дії Договору Страхування** та до дати **Закінчення дії Договору Страхування**. **Страхова Виплата на випадок критичного захворювання** зменшується на суму всіх належних, але не сплачених Страхових Премій. **Страхова Виплата на випадок критичного**

**захворювання** буде здійснюватись лише один раз та у випадку, якщо **Ви** залишитесь живим щонайменше протягом 30 (тридцяти) днів після встановлення діагнозу або проведення операції. У разі смерті Застрахованої Особи належна їй за умовами цієї Програми, але не одержана нею Страхова Виплата буде здійснена 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 жоден з Вигодонабувачів не буде живим (або Вигодонабувачі не визначені), Страхову виплату буде здійснено спадкоємцям Застрахованої Особи з урахуванням норм законодавства, чинних на момент здійснення виплати.

3.1.3.1. **Рак:**

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

**Наведене нижче є виключенням:**

1) Пухлини, гістологічно описані як доброякісні, передракові або неінвазивні, carcinoma-in-situ, прикордонні, з низьким злоякісним птенціалом, або інші, що відповідають класу Та за чинною класифікацією TNM;

2) Будь-який рак шкіри, що не поширився за межі епідермісу, за виключенням меланоми;

3) Рак передміхурової залози, за винятком історично віднесеного до типу, більшого за 6 за класифікацією Глісона, або такого, що прогресував принаймні до класу T2N0M0 за класифікацією TNM;

4) Папілярна мікрокарцинома щитовидної залози без інвазії за межі органу.

3.1.3.2. **Перший Інфаркт Міокарда:**

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

1) Гострі прояви та ознаки, клінічно прийнятні для діагностування інфаркту міокарда; та
2) Свіжі зміни на електрокардіограмі (ЕКГ), що свідчать про наявність зміни сегмента ST (підйом або зниження) або зміни зубця Т, або патологічного Q, або блокади лівої ніжки пучка Гіса; та

3) Дані достовірного візуального методу дослідження, що свідчать про наявність нового ураження життєздатного серцевого м'язу або місцеве порушення рухомості стінки серця;
4) Виявлення внутрішньо коронарного тромбозу на ангіографії.

Діагноз має бути підтверджено висновком лікаря-кардіолога.

3.1.3.3. **Інсульт:**

Перший випадок гострого цереброваскулярного стану, що спричинив незворотний некроз тканини головного мозку через порушення мозкового кровообігу або крововилив, що спричинив наведене нижче:

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

**Такі стани є виключенням**:

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

3.1.3.4. **Ішемічна Хвороба Серця, що вимагає хірургічного лікування:**

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

3.1.3.5. **Ниркова Недостатність**

Хронічна незворотна недостатність функції обох нирок, що вимагає постійного гемодіалізу або трансплантації нирки, що має бути підтверджено висновком лікаря-нефролога.

Гостра зворотна ниркова недостатність, що потребує тимчасового гемодіалізу, є виключенням.

3.1.3.6. **Трансплантація Життєво Важливих Органів**

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

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

3.1.3.7. **Сліпота**

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

3.1.4. Страхову Премію (WP) за **Вас** (**ми звільнимо Вас від сплати Страхової Премії)**, якщо **Ви** в результаті тілесного ушкодження або захворювання стаєте Повністю та Постійно Непрацездатним(-ою) (згідно з визначенням, наведеним нижче), і така непрацездатність триває щонайменше 180 (сто вісімдесят) днів, а на кінець такого очікувального періоду така непрацездатність вважається повною, постійною та безперервною. **Ми** звільнимо **Вас** від сплати чергової Страхової Премії за Договором Страхування, термін сплати якої настане після дати початку Повної та Постійної Непрацездатності.

3.1.4.1. **Повна і Постійна Непрацездатність** – непрацездатність, спричинена тілесним ушкодженням або хворобою, яка повністю перешкоджає **Вам** займатися будь-якою професійною чи трудовою діяльністю, а також виконувати будь-яку розумову або фізичну працю за винагороду або заради отримання прибутку. У випадку, якщо Ви не працюєте або припиняєте працювати, **ми** визнаємо як **Повну і Постійну Непрацездатність**: повну та невідновну втрату зору на обидва ока, або втрату будь-чого з цього переліку: (1) обох рук вище зап’ястка або (2) обох ніг вище щиколотки або (3) однієї руки вище зап’ястка і однієї ноги вище щиколотки.

Протягом 180-денного очікувального періоду, зазначеного вище, **Ви** зобов’язані продовжувати сплачувати Страхові Премії. В кінці цього періоду, коли буде підтверджено, що **Ваша** непрацездатність є Постійною і Повною, **ми** повернемо **Вам** Страхові Премії, одержані за **Вашим** Договором Страхування в період з дати початку Повної і Постійної Непрацездатності до дати такого підтвердження.

Не дивлячись на те, що докази наявності **Вашої** Повної і Постійної Непрацездатності були прийняті як достатні та переконливі, ми маємо право через розумно необхідні проміжки часу вимагати у **Вас** підтвердження того, що Повна і Постійна непрацездатність триває.

Якщо такі докази не надано або якщо **Ви** знову стаєте здатними займатися будь-якою професійною чи трудовою діяльністю, а також виконувати будь-яку розумову або фізичну працю за винагороду або заради отримання прибутку, звільнення від сплати Страхових Премій припиняється, і **Ви** починаєте знову нести відповідальність за повноту і своєчасність сплати Страхових Премій.

**4. Бонус за лояльність:**

4.1. Якщо всі належні за Договором Страхування Страхові Премії сплачено в повному обсязі до дати **Закінчення дії Договору Страхування** та **Ви** залишились живим (живою) на дату **Закінчення дії Договору Страхування,** то **ми** виплатимо **Вам** страхову суму на випадок дожиття, надалі - **Бонус за Лояльність** (LB), розмір якого зазначено в Страховому Полісі. Якщо Договір Страхування припиняє свою дію до дати **Закінчення дії Договору Страхування,** Бонус за Лояльність не виплачується.

**5. Виключення та обмеження страхування:**

В цій програмі замість виключень та обмежень страхування, зазначених в статті 4 Правил, застосовуються наведені нижче:

5.1. Подія не визнається Страховим Випадком та Страхові Виплати не здійснюються у разі, якщо Страховий Випадок прямо або опосередковано спричинено:

5.1.1. **Самогубством,** якщо **Ви** закінчите життя самогубством, незалежно від **Вашого** психічного стану, протягом 2 (двох) років з Дати випуску Страхового Поліса;

5.1.2. **Війною:**

У разі **війни**, визначення якої наведено нижче, якщо **Ви** зобов'язані пройти військову службу або **Ви** підлягаєте призову згідно з державним наказом у будь-який підрозділ збройних сил або будь-яку воєнізовану або запасну групу, надання страхових послуг за Договором Страхування припиняється на час такої служби. Проте, якщо Договір Страхування діяв протягом трьох і більше років поспіль з **Дати випуску Страхового Поліса** або дати відновлення надання страхових послуг, припинення надання страхових послуг на час військової служби відбуватись не буде. Страхові Виплати не здійснюються щодо Страхових Випадків, що відбулись протягом періоду призупинення надання страхових послуг. Після закінчення періоду призупинення надання страхових послуг надання страхових послуг може поновитися на умовах статті 6 Правил.

**Війна** – оголошена чи неоголошена війна, будь-яка військова операція чи вторгнення, ворожі акти іноземних військових сил, повстання, бунт, заколот, громадянська війна, операції з узурпації влади, військовий стан або період облоги, або будь-які інші події чи підстави для оголошення військового стану чи війни.

5.1.3. **Синдромом Набутого Імунодефіциту:**

Страхова Виплата буде зменшена до розміру сплачених **Вами** Страхових Премій за вирахуванням будь-яких сум, належних до сплати **Нам,** якщо **Страховий Випадок** спричинено опортуністичною інфекцією, злоякісним новоутворенням або самогубством, за наявністю Вірусу Імунодефіциту Людини (ВІЛ), а також Синдрому Набутого Імунодефіциту.

5.1.4. **Участю у ролі суб'єкта в незаконних діях, діяльності або замаху чи спробі здійснити їх**:

Страхова Виплата буде зменшена до розміру сплачених **Вами** Страхових Премій за вирахуванням будь-яких сум, належних до сплати **Нам,** якщо **Ваша** смерть є результатом:

- Засудження **Вас** до смертної кари;
- **Вашої** участі або будь-якої форми співучасті (виконання, організація, підбурювання, пособництво) у скоєнні, спробі скоєння замаху на злочин;
- Незаконного вживання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів.

5.1.5. **Алкогольним сп'янінням:**

Страхова Виплата буде зменшена до розміру сплачених **Вами** Страхових Премій за вирахуванням будь-яких сум, належних до сплати **Нам**, якщо Страховий Випадок був прямо або опосередковано спричинений алкогольним сп'янінням чи алкогольним отруєнням.

5.2. В доповнення до пункту 5.1. Програми Страхові Виплати не здійснюються у разі, якщо:

5.2.1. **Ваша** смерть внаслідок Нещасного випадку, критичне захворювання або Повна та Постійна Непрацездатність прямо або опосередковано були спричинені:

5.2.1.1. Самогубством, замахом на самогубство або іншим, умисно завданим самому собі ушкодженням (з урахуванням положень пункту 5.1.1 цієї Програми);

5.2.1.2. Прямим чи опосередкованим наслідком Війни;

5.2.1.3. Подорожуванням або польотом на літаку або будь-якому іншому літальному апараті, незважаючи на те, в якій ролі **Ви** на ньому знаходились (пасажира або іншій). Це виключення не застосовується для пасажирів літаків, які експлуатуються авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські перевезення за встановленим маршрутом;

5.2.1.4. Участю в будь-яких ризикових або небезпечних заняттях, таких як мотоспорт, кінний спорт, повітряний спорт, дайвінг (глибше, ніж 40 м), стрільба, альпінізм або інших аналогічних заходах;

5.2.1.5. Фізичною або психічною хворобою, що існували до дати початку або дати поновлення дії Програми;

5.2.2. **Ваше** критичне захворювання прямо або опосередковано було спричинено:

5.2.2.1. Відсутністю звернення до лікарняного закладу, що має ліцензію на здійснення медичної допомоги та лікування, або невиконанням призначень та рекомендацій лікаря, що має відповідну медичну освіту та ліцензію на провадження медичної практики;

5.2.2.2. Радіацією, ядерною реакцією або радіоактивним забрудненням;

5.2.2.3. Добровільним чи недобровільним, свідомим або несвідомим, іншим вживанням, поглинанням, вдиханням, отруєнням будь-яким газом, димом, чадним газом, парою, отрутою, окрім випадкового отруєння чадним газом (CO, CO2) або іншим летючим продуктом горіння під час пожежі.

## 6. Письмова заява про настання Страхового Випадку

6.1. У разі настання Страхового Випадку **Ви** можете подати заяву на здійснення Страхових Виплат. У будь-якому випадку письмове повідомлення про настання Страхового Випадку за встановленою **Нами** формою разом з документами, що підтверджують факт, причини, обставини та наслідки настання Страхового Випадку, повинно бути надано **Нам** протягом 60 (шістдесяти) днів. Для ризиків смерті, смерті внаслідок Нещасного випадку, ризику діагностування критичного захворювання здійснюється тільки одна Страхова Виплата за першою заявою на здійснення Страхових Виплат, після чого Договір Страхування припиняє дію (див. пункт 7 Програми – «Припинення Дії Договору Страхування»).

6.2. Перелік документів, які необхідно надати для одержання Страхової Виплати **Ви** можете дізнатися зі статті 15 Правил, або зателефонувавши до **Нас,** або відвідавши нашу інтернет-сторінку.

## 7. Припинення дії Договору Страхування

7.1. Додатково до пункту 18.1 Правил Договір Страхування припиняє дію на дату події, що настане раніше, а саме:

7.1.1. Дата Закінчення дії Договору Страхування; або
7.1.2. Дата здійснення Страхової Виплати на випадок смерті або/та Страхової Виплати на випадок смерті внаслідок Нещасного випадку; або
7.1.3. Дата здійснення Страхової Виплати на випадок діагностування критичного захворювання; або
7.1.4. Несплати Страхової Премії протягом 30–денного Пільгового Періоду та непоновлення надання страхових послуг протягом Дворічного періоду (крім випадку звільнення **Вас** від сплати Страхової Премії згідно з умовами Програми).

7.2. Дію Договору Страхування також буде припинено у таких випадках:
7.2.1. Будь-який обман або шахрайство, умисно неправильна заява або прихована інформація у **Вашій** Заяві на укладання Договору Страхування або в заяві на здійснення Страхових Виплат негайно припиняє дію Договору Страхування. В такому випадку втрачається право на будь-яку належну страхову виплату, будь-яку здійснену Страхову Виплату має бути повернено **нам**. Страхові Премії при цьому не повертаються; або
7.2.2. На **Вашу** письмову вимогу з дати, наступної за останнім днем оплаченого періоду; або
7.2.3. В інших випадках, передбачених законодавством України.

## 8. Прикінцеві положення

8.1. Не застосовуються щодо цієї Програми такі положення Правил:

8.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
8.1.2. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);
8.1.3. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункту 6.6 Правил).

8.2. Положення про індексацію для Програм страхування основних ризиків (Додаток 1-16) та Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25) не застосовуються до цієї Програми.

**Додаток 1-20**

**Програма страхування додаткових ризиків**
**Страхування на випадок критичного захворювання**
**(«Програма»)**

## 1. Загальні положення

1.1. Положення цієї Програми складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки у тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховому Полісі або Додатку до Договору Страхування.

1.2. Умови цієї Програми доповнюють умови Правил добровільного страхування життя.

1.3. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім'я та по батькові якої зазначені в Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування відповідно до письмової вимоги Страхувальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом строку дії Договору Страхування.

1.4. Особи віком до 3 (трьох) місяців не можуть бути застраховані за цією Програмою.

1.5. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії, розмір та строк сплати якої зазначається у Договорі Страхування.

1.6. Будь-які Страхові Виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з Договором Страхування.

## 2. Перелік страхових випадків

2.1. Страхувальник в Заяві на укладання Договору Страхування або в заяві на розширення переліку страхових випадків за чинним Договором Страхування обирає один з таких варіантів переліку страхових випадків:

2.1.1. ***Варіант I - 1 хвороба***: Рак

2.1.2. ***Варіант II - 7 хвороб/станів:*** Рак, Перший Інфаркт міокарда, Інсульт, Коронарне шунтування, Ниркова недостатність, Сліпота (Втрата зору), Трансплантація життєво важливих органів;

2.1.3. ***Варіант III - 32 хвороби/станів:*** Рак, Перший Інфаркт міокарда, Інсульт, Коронарне шунтування, Ниркова недостатність, Апластична анемія, Сліпота (Втрата зору), Термінальна стадія захворювання легенів, Термінальна стадія печінкової недостатності, Кома, Глухота (втрата слуху), Хірургічне втручання на серцевому клапані, Втрата мовлення, Численні

(масивні) опіки, Трансплантація життєво важливих органів, Розсіяний склероз, Параліч (Втрата функції кінцівок), Хвороба Паркінсона, Хірургічне втручання на аорті, Хвороба Альцгеймера/Тяжка деменція, Фульмінантний гепатит, Первинна легенева гіпертензія, Смертельна невиліковна хвороба, Доброякісна пухлина головного мозку, Енцефаліт, Поліомієліт, Бактеріальний менінгіт, Тяжка травма голови, Апалічний синдром, Інші тяжкі захворювання коронарних артерій, Склеродермія, що прогресує, Системний червоний вовчак з люпус-нефрітом.

## 3. Визначення

3.1. В даній Програмі використовуються такі визначення:

3.1.1. **Рак:**

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

**Наведене нижче є виключенням:**

1) Пухлини, гістологічно описані як доброякісні, передракові або неінвазивні, carcinoma-in-situ, прикордонні, з низьким злоякісним потенціалом, або інші, що відповідають класу Та за чинною класифікацією TNM;

2) Будь-який рак шкіри, що не поширився за межі епідермісу, за виключенням меланоми;

3) Рак передміхурової залози, за винятком історично віднесеного до типу, більшого за 6 за класифікацією Глісона, або такого, що прогресував принаймні до класу T2N0M0 за класифікацією TNM;

4) Папілярна мікрокарцинома щитовидної залози без інвазії за межі органу;

3.1.2. **Перший Інфаркт Міокарда:**

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

1) Гострі прояви та ознаки, клінічно прийнятні для діагностування інфаркту міокарда; та
2) Свіжі зміни на електрокардіограмі (ЕКГ), що свідчать про наявність зміни сегмента ST (підйом або зниження) або зміни зубця Т, або патологічного Q, або блокади лівої ніжки пучка Гіса; та
3) Дані достовірного візуального методу дослідження, що свідчать про наявність нового ураження життєздатного серцевого м’язу або місцеве порушення рухомості стінки серця; та
4) Виявлення внутрішньокоронарного тромбозу на ангіографії.

Діагноз має бути підтверджено висновком лікаря-кардіолога.

Усі інші форми гострих коронарних синдромів є виключенням.

3.1.3. **Інсульт:**

Перший випадок гострого цереброваскулярного стану, що призвів до незворотного некрозу тканини головного мозку через порушення мозкового кровообігу або крововилив, що спричинив наведене нижче:

1) Неврологічні симптоми, клінічно прийнятні для діагностування інсульту;

2) Наявність постійних неврологічних порушень, які підтверджуються лікарем-неврологом не менш ніж через 3 (три) місяці після випадку;

3) Дані магнітно-резонансної томографії, комп'ютерної томографії або іншого достовірного візуального методу дослідження, що відповідають діагнозу нового інсульту.

**Такі стани є виключенням**:

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

3.1.4. **Коронарне шунтування:**

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

3.1.5. **Ниркова недостатність:**

Хронічна незворотна недостатність функції обох нирок, що вимагає постійного гемодіалізу або трансплантації нирки, що має бути підтверджено висновком лікаря-нефролога.

Гостра зворотна ниркова недостатність, що потребує тимчасового гемодіалізу, є виключенням.

3.1.6. **Апластична анемія:**

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

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

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

Діагноз має бути підтверджено біопсією кісткового мозку та висновком лікаря-гематолога. При цьому мають бути наявні 2 (два) з 3 (трьох) таких показників:
1) Абсолютна кількість нейтрофілів менша за 500 на куб. мм;
2) Абсолютна кількість ретікулоцитів менша за 20 000 на куб. мм;
3) Кількість тромбоцитів менша за 20 000 на куб. мм.

3.1.7. **Сліпота (Втрата зору):**

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

3.1.8. **Термінальна стадія захворювання легень:**

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

1) Стійке зниження об'єму форсованого видиху на першій секунді (ОФВ1, FEV1) до значення менше ніж 1 літр. Вимірювання має відбутися 3 рази із інтервалом в 1 (один місяць); та
2) Постійна підтримуюча оксигенотерапія для корекції гіпоксії; та
3) Рівень парціального тиску кисню артеріальної крові 55 мм ртутного стовпчика або менше ($PaO2 \leq 55$ мм рт. ст.).

3.1.9. **Термінальна стадія печінкової недостатності:**

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

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

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

3.1.10. **Кома:**

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

Кома, спричинена алкогольною або наркотичною залежністю, є виключенням.

3.1.11. **Глухота (втрата слуху):**

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

Термін «повна» – означає втрату щонайменше 80 децибел на всіх частотах слухового сприйняття.

3.1.12. **Хірургічне втручання на серцевому клапані:**

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

Вальвотомія, ендоскопічні та подібні процедури є виключенням.

3.1.13. **Втрата мовлення:**

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

Всі порушення, спричинені психічними розладами, є виключенням.

3.1.14. **Масивні опіки:**

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

Наведене нижче є виключенням:

- опіки ступеня 3Б (або третього ступеню за міжнародною шкалою тяжкості опіків), спричинені Застрахованою Особою самою собі;

- опіки 1, 2 та 3А ступенів (або першого та другого ступенів за міжнародною шкалою тяжкості опіків).

3.1.15. **Трансплантація життєво важливих органів:**

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

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

3.1.16. **Розсіяний склероз**

Достовірне виявлення розсіяного склерозу, підтверджене усім наведеним нижче:

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

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

3.1.17. **Параліч** (втрата функцій кінцівок):

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

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

Ушкодження, завдані самому собі, частковий параліч, тимчасовий післявірусний параліч, параліч, спричинений психологічними станами, є виключенням.

3.1.18. **Хвороба Паркінсона:**

Чітко встановлений лікарем-неврологом діагноз хвороби Паркінсона ідеопатичного походження за наявності принаймні двох з таких симптомів:
- закляклість м'язів;
- тремор;
- брадикінезія (аномальна повільність руху, повільність фізичних та розумових реакцій).

Цей діагноз має бути підтверджено:

1) Ознаками погіршення, що прогресує; та

2) Неспроможністю Застрахованої Особи виконувати (за допомогою або без) принаймні 3 (три) з 6 (шістьох) «видів щоденної життєдіяльності» протягом не менше 6 (шести) місяців:

**Види щоденної життєдіяльності:**

- **Миття** – здатність митися у ванні або душі (включаючи можливість увійти в та вийти з ванни або душу) або миття належної якості за допомогою інших засобів;

- **Вдягання** – спроможність безпечно надіти та зняти, послабити (розстібнути, розв'язати) усі предмети одягу та, як належно, усі застібки, штучні кінцівки та інші хірургічні пристосування;
- **Пересування** – здатність пересуватися від ліжка до стільця або інвалідного візка і навпаки;
- **Мобільність** – здатність рухатися в приміщенні з кімнати до кімнати рівними поверхнями;
- **Відвідування туалету** – здатність користуватися туалетом або інакше контролювати функції кишечнику та сечового міхура так, щоб підтримувати задовільний рівень особистої гігієни;
- **Харчування** – здатність приймати їжу самостійно за умови її готовності та досяжності.

Паркінсонізм, викликаний наркотичними речовинами або отруєнням, є виключенням.

3.1.19. **Хірургічне втручання на аорті:**

Фактично перенесене хірургічне втручання з метою корекції аневризми, звуження, обструкції або розшарування аорти за допомогою хірургічного отвору в грудній клітці або черевній порожнині. З метою визначення, під терміном маються на увазі грудна та черевна частини аорти, але не її гілки.

Малоінвазивні або внутрішньоартеріальні методики є виключенням.

3.1.20. **Хвороба Альцгеймера/Тяжка деменція**

Чітко встановлений діагноз хвороби Альцгеймера за наявності усіх таких симптомів та умов:

1) Втрата розумових здібностей із порушенням пам'яті та розумових операцій (встановлення послідовності, планування, підсумовування тощо), що призводять до істотного зниження розумових і соціальних здібностей; та
2) Зміна особистості; та
3) Поступове та постійне зниження когнітивних функцій; та
4) Типові результати нейропсихологічних досліджень та достовірних візуальних методів діагностики (комп'ютерної томографії тощо); та
5) Необхідність цілодобового щоденного догляду за Застрахованою Особою (у віці до 65 років); та
6) Неспроможність Застрахованої Особи користуватися телефоном, здійснювати покупки, управляти фінансами; та
7) Неспроможність Застрахованої Особи виконувати (за допомогою або без) принаймні 3 (три) з 6 (шістьох) «видів щоденної життєдіяльності» протягом не менше 6 (шести) місяців:

**Види щоденної життєдіяльності:**

- **Миття** – здатність митися у ванні або душі (включаючи можливість увійти в та вийти з ванни або душу) або миття належної якості за допомогою інших засобів;
- **Вдягання** – спроможність безпечно надіти та зняти, послабити (розстібнути, розв'язати) усі предмети одягу та, як належно, усі застібки, штучні кінцівки та інші хірургічні пристосування;

- **Пересування** – здатність пересуватися від ліжка до стільця або інвалідного візка і навпаки;
- **Мобільність** – здатність рухатися в приміщенні з кімнати до кімнати рівними поверхнями;
- **Відвідування туалету** – здатність користуватися туалетом або інакше контролювати функції кишечнику та сечового міхура так, щоб підтримувати задовільний рівень особистої гігієни;
- **Харчування** – здатність приймати їжу самостійно за умови її готовності та досяжності.

Діагноз та необхідність догляду мають бути підтверджені лікарем-неврологом.

Наведене нижче є виключенням:
1) Інші форми деменції через розлади роботи мозку або інші системні розлади або психіатричні стани;
2) Ушкодження головного мозку, пов'язані зі вживанням алкоголю або наркотичних речовин.

3.1.21. **Фульмінантний гепатит:**

Субмасивний або масивний некроз печінки викликаний вірусом гепатиту, що приводить до стрімкого розвитку печінкової недостатності. Цей діагноз має бути підтверджений усім з перерахованого нижче:

1) Стрімке зменшення розміру печінки;
2) Некроз із залученням цілих часточок, що залишає тільки ретикулярну строму, що спалася;
3) Стрімке погіршення функціональних тестів печінки;
4) Прогресуюча жовтяниця;
5) Печінкова енцефалопатія.

3.1.22. **Первинна легенева гіпертензія**:

Первинне підвищення тиску у легеневій артерії, яке не можна пояснити, що спричиняє ознаки гіпертензії та недостатності у правих відділах серця. Діагноз має бути підтверджено висновком лікаря-кардіолога або спеціаліста з респіраторної медицини та принаймні 3 (трьома) з наведених нижче показників, а також результатами катетеризації порожнини серця.
1) Тиск в легеневій артерії 30 мм рт. ст. або вище;
2) ЕКГ ознаки гіпертрофії правої половини серця (зубець R у відведенні V1 та зубець S у відведенні V5 > 1.05 mB/ RV1 та SV5 > 1.05 mV);
3) Зменшення концентрації кисню крові у стані спокою;
4) Збільшення діаметру правого шлуночка > 30 мм за результатами ЕхоКГ.

Легенева гіпертензія внаслідок захворювання легенів, хронічної гіпервентиляції, тромбоемболія легеневої артерії, захворювання лівих відділів серця, вроджених хвороб серця, вживання алкоголю або наркотичних речовин є виключенням.

3.1.23. **Смертельні хвороби**:

Заключний діагноз хвороби, яка очікувано призводить до смерті Застрахованої Особи протягом 12 місяців.

Цей діагноз має бути підтверджений фахівцем та засвідчений лікарем-консультантом, призначеним Страховиком.

Смертельні хвороби за наявності ВІЛ-інфекції є виключенням.

3.1.24. **Доброякісна пухлина головного мозку:**

Доброякісна пухлина головного мозку, яка є загрозою для життя, видалена хірургічним шляхом або, якщо неоперабельна, що призвела до постійного неврологічного дефіциту. Наявність пухлини має бути засвідчена лікарем-неврологом або нейрохірургом, а також підтверджена результатами магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ) або інших достовірних візуальних методів діагностики.:

**Наведене нижче є виключенням**:

- Кісти;
- Гранульоми;
- Судинні мальформації;
- Гематоми;
- Пухлини гіпофіза або спинного мозку.

3.1.25. **Енцефаліт**:

Тяжке запалення речовини головного мозку (півкулі головного мозку, мозкового стовбуру або мозочку), що викликане вірусною інфекцією та призводить до постійного неврологічного дефіциту. Цей діагноз має бути засвідчений лікарем-неврологом, а також постійний неврологічний дефіцит має бути задокументований щонайменше 3 (трьох) місяців.

Енцефаліт, викликаний ВІЛ-інфекцією, бактеріальною або протозойною інфекцією, є виключенням.

3.1.26. **Поліомієліт**:

Виникнення поліомієліту, що відповідає наведеним нижче умовам:

1) Вірус поліомієліту визначено причиною захворювання; та
2) Наявність паралічу м'язів кінцівок або дихальних м'язів, що триває щонайменше 3 (три) місяці.

3.1.27. **Бактеріальний менінгіт:**

Бактеріальна інфекція, що призводить до тяжкого запалення оболонок головного мозку або спинного мозку, результатом якого є виражений незворотний та постійний неврологічний дефіцит. Неврологічний дефіцит має безперервно тривати не менше 3 (трьох) місяців. Цей діагноз має бути підтверджено:

1) Наявністю бактеріальної інфекції в спинномозковій рідині при люмбальній пункції;
2) Висновком лікаря-невролога.

Бактеріальний менінгіт за наявності ВІЛ-інфекції, асептичний, вірусний менінгіт, неінфекційний менінгіт, та менінгіт, що викликається паразитами, є виключенням.

3.1.28. **Тяжка травма голови**:

Травма голови внаслідок Нещасного випадку, що призводить до постійного неврологічного дефіциту, який має бути оцінений не раніше ніж через 3 (три) місяці від дати настання Нещасного випадку. Цей діагноз має бути засвідчений лікарем-неврологом і підтверджений однозначними результатами магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ) або іншими достовірними візуальними методами діагностики.

Нещасний випадок має бути спричинений виключно та безпосередньо випадковими, насильницькими, зовнішніми і очевидними засобами та бути незалежним від всіх інших причин.

Наявною має бути також постійна неспроможність Застрахованої Особи виконувати (за допомогою або без) принаймні 3 (три) з 6 (шістьох) «видів щоденної життєдіяльності».

**Види щоденної життєдіяльності:**

- **Миття** – здатність митися у ванні або душі (включаючи можливість увійти в та вийти з ванни або душу) або миття належної якості за допомогою інших засобів;
- **Вдягання** – спроможність безпечно надіти та зняти, послабити (розстібнути, розв'язати) усі предмети одягу та, як належно, усі застібки, штучні кінцівки та інші хірургічні пристосування;
- **Пересування** – здатність пересуватися від ліжка до стільця або інвалідного візка і навпаки;
- **Мобільність** – здатність рухатися в приміщенні з кімнати до кімнати рівними поверхнями;
- **Відвідування туалету** – здатність користуватися туалетом або інакше контролювати функції кишечнику та сечового міхура так, щоб підтримувати задовільний рівень особистої гігієни;
- **Харчування** – здатність приймати їжу самостійно за умови її готовності та досяжності.

**Наведене нижче є виключенням**:

1) Травма спинного мозку;
2) Ушкодження голови, завдане Застрахованою Особою самою собі..

3.1.29. **Апалічний синдром**:

Розповсюджений некроз кори головного мозку з непошкодженим стовбуром головного мозку. Цей діагноз має бути чітко підтверджений лікарем-неврологом профільного медичного закладу. Тривалість цього стану не менше 1 (одного) місяця має бути підтверджена медичними документами.

3.1.30. **Інші тяжкі захворювання коронарних артерій:**

Звуження просвіту як мінімум однієї коронарної артерії не менш ніж на 75% та двох інших не менш ніж на 60%, що підтверджено результатами коронарної артеріографії, незалежно від того, чи було виконане будь-яке хірургічне втручання на коронарній артерії.

В даному випадку під коронарною артерією мається на увазі ліва коронарна артерія, ліва передня низхідна, огинальна та права коронарна артерія.

Діагноз має бути підтверджено усіма наведеними нижче умовами:

1) Обмеження фізичної активності; та
2) Депресія сегмента ST не менше ніж на 2 мм в 2 (двох) відведеннях при ЕКГ з навантаженням; та
3) Погіршення скоротливості не менш ніж двох сегментів серцевого м'язу, при виконанні стрес-ЕхоКГ.

3.1.31. **Склеродермія, що прогресує**:

Системне судинно-колагенове захворювання, що викликає дифузний фіброз шкіри, кровоносних судин та внутрішніх органів, що прогресує. Цей діагноз має бути безсумнівно та однозначно підтверджений результатами біопсії та серологічних тестів, а сама хвороба має досягти системного розповсюдження із залученням серця, легенів або нирок.

**Наведене нижче є виключенням**:

1) Вогнищева склеродермія (лінійна склеродермія або кільцеподібна склеродермія (Морфеа));
2) Еозинофільний фасцит;
3) CREST-синдром.

3.1.32. **Системний червоний вовчак з люпус-нефритом:**

Полісистемне, поліфакторіальне, аутоіммунне захворювання, яке характеризується утворенням ауто-антитіл до власної ниркової тканини. В умовах цієї Програми системний червоний вовчак обмежений такими формами системного червоного вовчака, які протікають з залученням нирок (з III по V клас люпус-нефриту, який підтверджений результатами біопсії нирок і відповідає класифікації ВООЗ).

Заключний діагноз має бути засвідчений сертифікованим лікарем-ревматологом або лікарем-імунологом, або лікарем-нефрологом.

**Класифікація люпус-нефриту за ВООЗ:**

Клас I: Люпус-гломерулонефрит з мінімальними змінами;
Клас II: Мезангіальний люпус-гломерулонефрит;
Клас III: Фокальний сегментарний проліферативний люпус-гломерулонефрит;
Клас IV: Дифузний проліферативний люпус-гломерулонефрит;
Клас V: Мембранозний люпус-гломерулонефрит;

## 4. Розміри Страхової Виплати та Період Очікування

4.1. Страхова Виплата здійснюється згідно з умовами цієї Програми в розмірі Страхової Суми, зазначеної в Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.

4.2. Страхова Виплата здійснюється тільки якщо Застрахована Особа є живою протягом 30 (тридцяти) календарних днів після:

4.2.1. дати встановлення діагнозу одного з захворювань, зазначених у пунктах 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.5, 3.1.6, 3.1.7, 3.1.8, 3.1.9, 3.1.10, 3.1.11, 3.1.13, 3.1.14, 3.1.16, 3.1.17, 3.1.18, 3.1.20, 3.1.21, 3.1.22, 3.1.23, 3.1.24, 3.1.25, 3.1.26, 3.1.27, 3.1.28, 3.1.29, 3.1.30, 3.1.31, 3.1.32 цієї Програми; або

4.2.2. дати проведення хірургічного втручання у зв'язку з хворобами, зазначеними в пунктах 3.1.4, 3.1.12, 3.1.15, 3.1.19 цієї Програми.

**4.2.3. Обов'язковою умовою здійснення Страхової Виплати є виникнення симптомів захворювання після 90 (дев'яносто) днів з дати початку дії цієї Програми (тобто після закінчення Періоду Очікування).** В разі виникнення одного чи декількох захворювань/станів або проведення операцій, зазначених в п. 4.2 цієї Програми, одночасно або послідовно Страхова Виплата буде здійснюватись один раз в розмірі Страхової Суми, зазначеної для цієї Програми в Договорі Страхування.

4.3. У разі смерті Застрахованої Особи належна їй за умовами цієї Програми, але не одержана нею Страхова Виплата буде здійснена 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 жоден з Вигодонабувачів не буде живим (або Вигодонабувачі не визначені), Страхову виплату буде здійснено спадкоємцям Застрахованої Особи з урахуванням норм законодавства, чинних на момент здійснення виплати.

## 5. Виключення із Страхових Випадків

5.1. Додатково до статті 4 «Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування» Правил Страхова Виплата за цією Програмою не буде здійснюватись в разі, якщо хвороба прямо або опосередковано спричинена:

5.1.1. Завданням Застрахованою Особою собі тілесних ушкоджень;
5.1.2. Скоєнням, спробою або спонуканням Застрахованою Особою вчинити образу словами або погрозу фізичним насильством, насильством, зґвалтуванням, будь-яким іншим злочином та/або правопорушенням, бунтом; заколотом, порушенням громадського спокою і порядку;
5.1.3. Вживанням ліків, не призначених лікарем, алкогольним сп'янінням, вживанням наркотичних речовин;
5.1.4. ВІЛ-інфекцією, Синдромом Набутого Імунодефіциту (СНІД), ВІЛ-асоційованим комплексом;

5.1.5. Радіаційним опроміненням, ядерною реакцією, радіоактивним ураженням;
5.1.6. Отруєнням, вдиханням отруйних газів, парів та інших речовин, окрім випадкового отруєння чадним газом (CO, CO2) або іншим летючим продуктом горіння під час пожежі;
5.1.7. Причинами, обставинами, станом здоров'я або захворюванням, що існували до початку дії цієї Програми.

## 6. Розміри страхових внесків (премій), вікові групи та страхові тарифи

6.1. Страхова Премія встановлюється Страховиком з урахуванням обраного Варіанту переліку страхових випадків, зазначеного в п. 2.1 Програми, розміру Страхової Суми, строку дії Програми, періоду страхування та віку Застрахованої Особи.

6.2. Страхові Тарифи цієї Програми протягом періоду страхування залежать від Типу Страхового Тарифу, обраного Варіанту переліку страхових випадків, віку Застрахованої Особи на момент укладання та на кожний конкретний рік дії Договору Страхування.

6.3. Для цієї Програми встановлено такі вікові групи: 0 (від 3 місяців)-17, 18-25, 26-30, 31-35, 36-40, 41-45, 46-50, 51-55, 56-60, 61-64. Страхові Тарифи за цією Програмою не змінюються для Застрахованих Осіб протягом періоду їх віднесення ***за фактичним віком*** до певної вікової групи з врахуванням умов п.6.5 Програми.

6.4. Для страхування на умовах цієї Програми може бути обраний один з таких Типів Страхових Тарифів:

6.4.1. На 1 (один) рік;
6.4.2. На 5 (п'ять) років;
6.4.3. На 10 (десять) років;
6.4.4. До досягнення віку 65 (шістдесят п'ять) років - Страховий Тариф, визначений на день початку дії цієї Програми, дійсний до кінця періоду страхування;
6.4.5. До досягнення віку 21 (двадцять один) рік - Страховий Тариф, визначений на день початку дії цієї Програми, дійсний до наступної річниці дії Програми після досягнення Застрахованою Особою віку 21 (двадцять один) рік.

6.5. Фактичний вік Застрахованої Особи та страховий тариф**.** Протягом узгодженого періоду страхування розмір Страхового Тарифу збільшується в залежності від фактичного віку Застрахованої Особи таким чином:

6.5.1. Якщо при укладанні Договору Страхування застосовується Страховий Тариф на 1 (один) рік згідно з п.6.4.1 Програми, то він збільшується на річницю дії цієї Програми, що настає після переходу Застрахованої Особи в наступну вікову групу;

6.5.2. Якщо при укладанні Договору Страхування застосовується Страховий Тариф на 5 (п'ять) років згідно з п. 6.4.2 Програми, то він підвищується на

кожну 5 (п’яту) річницю дії цієї Програми до розміру, що встановлений для тієї вікової групи, яка відповідає фактичному віку Застрахованої Особи;

6.5.3. Якщо при укладанні Договору Страхування застосовується Страховий Тариф на 10 (десять) років згідно з п. 6.4.3 Програми, то він підвищується на кожну 10 (десяту) річницю дії цієї Програми до розміру, що встановлений для тієї вікової групи, яка відповідає фактичному віку Застрахованої Особи;

6.5.4. Розмір Страхового Тарифу до 65 (шістдесяти п’яти) річного віку згідно з п. 6.4.4 Програми визначається одноразово залежно від віку Застрахованої Особи на дату початку дії цієї Програми;

6.5.5. Розмір Страхового Тарифу до досягнення віку 21 (двадцять один) рік згідно з п. 6.4.5 Програми визначається одноразово залежно від віку Застрахованої Особи на дату початку дії цієї Програми. Фактичний вік Застрахованої Особи при цьому не має перевищувати 17 (сімнадцять) років.

6.6. Додатково до положень пунктів 6.1-6.5 цієї Програми Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою протягом або у разі поновлення її дії. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного 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.

## 7. Письмова заява про настання Страхового Випадку

7.1. Повідомлення про настання подій, зазначених в пунктах 2.1.1, 2.1.2 та 2.1.3 цієї Програми, повинно бути надано Страховикові в письмовій формі протягом 60 (шістдесяти) днів з дати встановлення відповідного діагнозу або дати проведення хірургічної операції у зв’язку з відповідними хворобами. В цілях цієї Програми таке письмове повідомлення буде вважатись належним за умови, що воно надано разом з документами, на підставі яких Застрахована Особа може бути ідентифікована. Вся інформація, що вимагається Страховиком для ухвалення рішення щодо здійснення Страхової Виплати, повинна бути надана протягом 60 (шістдесяти) днів з дати встановлення діагнозу або з дня виписки у випадку госпіталізації.

7.2. Якщо Застрахована Особа не надає необхідну інформацію без поважних на це причин протягом часу, встановленого в пункті 7.1 цієї Програми, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати.

## 8. Медичне обстеження

При розгляді заяви на одержання Страхової Виплати Страховик має право направити Застраховану Особу на медичне обстеження/огляд за власний

рахунок. Якщо Застрахована Особа відмовляється пройти медичне обстеження або наданих нею медичних документів недостатньо для підтвердження факту настання Страхового Випадку через значний час, що пройшов з моменту настання Страхового Випадку, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати за цією Програмою.

## 9. Строк дії Програми

9.1. Дана Програма починає діяти за умови, що Страхова Премія за цією Програмою була сплачена, з 00 годин 00 хвилини за київським часом дня, зазначеного в Договорі Страхування як дата початку дії Програми.

9.2. Програма автоматично припиняє діяти:

9.2.1. На дату, зазначену в Договорі Страхування як дата закінчення дії Програми;
9.2.2. На дату дострокового припинення дії Програми страхування основних ризиків або набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування;
9.2.3. В разі несплати Страхової Премії протягом Пільгового Періоду;
9.2.4. На дату річниці дії Програми, що слідує за 65-річчям Застрахованої Особи;
9.2.5. Після здійснення Страхової Виплати за цією Програмою в розмірі 100% Страхової Суми.

9.3. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення, в такому випадку програма припиняє діяти о 24 годині 00 хвилин за київським часом визначеної дати припинення.

9.4. Програма також припиняє діяти в інших випадках, передбачених законодавством України.

9.5. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення 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. Сплата будь-яких сум грошових коштів (Страхових Премій) або їх прийняття після припинення дії Програми не призводить до виникнення у Страховика будь-якої відповідальності, за винятком відповідальності з їх повернення.

## 10. Надання неповної інформації

10.1. Застрахована Особа зобов'язана повністю та чесно заповнити Заяву на укладання Договору Страхування та відповісти чесно та в повному обсязі на всі письмові питання Страховика, що містяться в Заяві на укладання Договору Страхування або в заяві на поновлення надання страхових послуг.

10.2. Будь-який обман, подання свідомо неправдивих відомостей, їх приховування в Заяві на укладання Договору Страхування, заяві на розширення переліку страхових випадків за існуючим Договором Страхування або в заяві на поновлення надання страхових послуг є підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхових Виплат. Договір Страхування, укладений на підставі такої заяви, припиняє свою дію або визнається недійсним з дати початку дії Програми або з дати поновлення надання страхових послуг відповідно. В такому разі зобов'язання Страховика обмежуються зобов'язанням повернути Страхові Премії з початку дії Програми або поновлення надання страхових послуг за вирахуванням будь-яких зобов'язань Страхувальника за Договором Страхування.

10.3. В разі з'ясування Страховиком після отримання заяви на одержання Страхової Виплати, що причиною Страхового Випадку, був факт, подія, обставина, про які Страховик не дізнався через навмисно неправдиву інформацію, неправдиве свідчення, приховування даних в Заяві про Страхування, заяві на розширення переліку Страхових Випадків за чинним Договором Страхування або в заяві на поновлення надання страхових послуг, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати, дія Програми негайно достроково припиняється та Страховик зобов'язаний повернути незароблену премію (якщо така є).

**11. Невідповідність віку Застрахованої Особи**

Якщо з'ясовується, що вік Застрахованої Особи відрізняється від віку, зазначеного в Договорі Страхування, то Страхова Сума буде скоригована пропорційно до різниці між сплаченою Страховою Премією та належною Страховою Премією. Якщо фактичний вік Застрахованої Особи на початок дії Програми не відповідав вимогам Страховика щодо можливості страхування, Страховик має право припинити дію Програми згідно з вимогами законодавства.

**12. Прикінцеві положення**

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

12.1.1. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);

12.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);

12.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);

12.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);

12.1.5. Положення про індексацію для Програм страхування додаткових ризиків (Додаток 1-17) та Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25).

12.2. 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 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.

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

**Додаток 1-21**

**Програма страхування додаткових ризиків**
**Страхування на випадок критичного захворювання жіночого органу**
**(«Програма»)**

## 1. Загальні положення

1.1. Положення цієї Програми страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок критичного захворювання жіночого органу» (надалі - Програма) складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включена така Програма, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховому Полісі або Додатку до Договору Страхування.

1.2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім'я та по батькові якої зазначаються у Страховому Полісі або у Додатку до Договору Страхування на письмову вимогу Страхувальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом дії Договору Страхування.

1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії, розмір та строк сплати якої зазначається у Договорі Страхування.

1.4. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Страховик здійснює Страхову Виплату Застрахованій Особі відповідно до умов цієї Програми та незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з умовами Договору Страхування.

## 2. Визначення

2.1. Термін «***пацієнт***» використовується у Договорі Страхування для визначення особи, яка згідно з даними медичної карти стаціонарного хворого відповідно до стандартів надання медичної допомоги (згідно зі встановленим діагнозом) безперервно перебувала в лікарні в якості стаціонарного хворого протягом не менше ніж 24 (двадцять чотири) години.

2.2. Термін «***лікарня***» використовується у Договорі Страхування для визначення медичного закладу, який:

2.2.1. має ліцензію на надання медичної допомоги та здійснення лікування (якщо така ліцензія вимагається законодавством);
2.2.2. призначений в основному для надання стаціонарної медичної допомоги хворим;
2.2.3. здійснює цілодобово сестринський догляд кваліфікованими медсестрами та має хоча б одного ліцензованого та кваліфікованого (дипломованого та сертифікованого) лікаря;
2.2.4. має в наявності обладнання для діагностики та проведення хірургічного втручання в своїх приміщеннях або в інших пристосованих для цього приміщеннях, орендованих на договірних засадах;

2.2.5. не є медсестринським відділенням лікарні, денним стаціонаром, а також відділенням з надання допомоги пристарілим або видужуючим, де пацієнт отримує головним чином медсестринську допомогу, а також не є за спеціалізацією наркологічним диспансером, будинком відпочинку, санаторієм, профілакторієм, медсестринським або геронтологічним відділенням чи реабілітаційним відділенням тощо;
2.2.6. не є місцем проживання Застрахованої Особи або стаціонаром на дому.

2.3. Термін «***хвороба***» або «***захворювання***» використовується у Договорі Страхування для визначення зміни стану фізичного здоров'я Застрахованої Особи, яка сталася з нею вперше після початку дії цієї Програми та Періоду Очікування.

2.4. Термін «***кваліфікований лікар***» використовується у Договорі Страхування для визначення кваліфікованого (дипломованого та сертифікованого) випускника вищого медичного навчального закладу, який не є Застрахованою Особою або членом її сім'ї, діє у межах своїх посадових обов'язків та своєї ліцензії, виданої на здійснення лікарської діяльності з лікування тілесних ушкоджень або захворювань, які призвели до Страхового Випадку відповідно до цієї Програми.

2.5. Термін «***критичне захворювання***» використовується у Договорі Страхування для визначення раку.

2.6. Термін «***рак***» використовується у Договорі Страхування для визначення злоякісної пухлини жіночих органів, яка характеризується неконтрольованим ростом та поширенням злоякісних клітин з інвазією у нормальну тканину жіночого органу, якщо це не є прямим наслідком метастаз або раку інших органів, які є місцем локалізації первинної пухлини. В цілях цієї Програми до даного поняття не включаються пухлини, які гістологічно означені як доброякісні або неінвазивні, або пухлини з ознаками злоякісних змін у вигляді carcinoma-in-situ, включаючи T1N0M0 карциномою та карциномою молочної залози менше 2 см в діаметрі (окрім випадків, коли з приводу такого діагнозу Застрахованій Особі було проведено операцію з видалення такої пухлини, що мала своїм наслідком видалення молочної залози Застрахованої Особи), дисплазією шийки матки CIN-1, CIN-2 або CIN-3, а також усі пухлини за наявності ВІЛ-інфекції.

2.7. Термін «***жіночий орган***» у Договорі Страхування включає молочні залози, піхву, шийку матки, матку, фаллопієві (маткові) труби та яєчники.

2.8. Терміни «***діагноз***»/«***діагностування***»/«***встановлення діагнозу***» використовуються у Договорі Страхування для визначення заключного діагнозу, встановленого кваліфікованим лікарем (згідно з вищенаведеним визначенням) та підтвердженого гістологічним висновком, який свідчить про те, що Застрахована Особа має захворювання, що є Страховим Випадком за цією Програмою. На вимогу Страховика Страхувальник зобов'язаний пройти за рахунок Страховика медичне обстеження у кваліфікованого лікаря, визначеного Страховиком.

2.9. Термін «***медичні стани, що існували до початку дії Договору Страхування***» використовується у Договорі Страхування для визначення захворювань, симптомів, патологічних станів або тілесних ушкоджень, які були наявні у Застрахованої Особи та/або щодо яких Застрахована Особа консультувалась у кваліфікованого лікаря, проходила медичне обстеження або будь-який курс чи форму лікування, або була госпіталізована перед початком дії Договору Страхування, або перед відновленням надання страхових послуг.

## 3. Перелік Страхових Випадків та умови здійснення Страхової Виплати

3.1. Згідно з цією Програмою Страховим Випадком є подія, яка відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову Виплату, а саме:

3.1.1. Рак жіночого органу Застрахованої Особи, який було вперше діагностовано протягом дії цієї Програми;

3.1.2. Розлад здоров’я Застрахованої Особи у зв’язку з раком жіночого органу, який призвів до госпіталізації Застрахованої Особи.

Для визнання розладу здоров’я Застрахованої Особи, що призвів до її госпіталізації, Страховим Випадком згідно з п.3.1.2 цієї Програми, такий розлад здоров’я має бути прямим наслідком раку жіночого органу, який було вперше діагностовано протягом дії цієї Програми.

3.2. Розміри Страхових Сум зазначено в Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.

3.3. Страховик здійснює Страхову Виплату у розмірі Страхової Суми, встановленої на випадок раку жіночого органу (п.3.1.1. цієї Програми), розмір якої зазначено в Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування та після Періоду Очікування, зазначеного в пункті 7 Програми. Така Страхова Виплата здійснюється тільки один раз, якщо встановлено діагноз «рак».

3.4. Страховик також здійснює Страхову Виплату у розмірі Страхової Суми, встановленої на випадок розладу здоров’я Застрахованої Особи у зв’язку з раком жіночого органу, який призвів до госпіталізації (п.3.1.2 цієї Програми), розмір якої зазначено у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування за кожен день госпіталізації, починаючи з 1 (першого) дня та до 30 (тридцятого) дня включно.

Страхова Виплата здійснюється виключно за період госпіталізації, що мала місце впродовж першого року після настання Страхового Випадку, зазначеного у п.3.1.1 цієї Програми, та до дати закінчення дії цієї Програми.

3.5. За Програмою встановлюється Страхова Сума на випадок перебування Застрахованої Особи у відділенні реанімації та інтенсивної терапії лікарні згідно з загальноприйнятим визначенням такого відділу, яка дорівнює

Страховій Сумі на випадок госпіталізації, зазначеній у Страховому Полісі або Додатку до Договору Страхування, та сплачується додатково до Страхової Виплати на випадок госпіталізації.

3.6. Послідовні перебування Застрахованої Особи у лікарні (госпіталізації) у зв'язку з раком жіночого органу (п. 3.1.1 Програми) вважаються одним Страховим Випадком за п. 3.1.2 Програми, якщо такі госпіталізації мали місце протягом 12 місяців з дати діагностування раку жіночого органу. В такому випадку Страховик здійснить Страхову Виплату за період таких госпіталізацій, але не більше ніж за 30 днів загалом.

3.7. Страховик також здійснить Щомісячну Страхову Виплату, розмір якої зазначено в Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування. Щомісячна Страхова Виплата буде виплачуватись протягом 12 (дванадцяти) місяців з моменту діагностування раку, як визначено у п.3.1.1 цієї Програми. Обов'язковою передумовою здійснення Щомісячної Страхової Виплати є той факт, що Застрахована Особа залишається живою. Якщо Застрахована Особа помирає, здійснення Щомісячної Грошової Страхової Виплати припиняється.

3.8. 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.

3.9. Здійснення Страхової Виплати в розмірі Страхової Суми для відповідного Страхового Випадку, а також здійснення Щомісячних Страхових Виплат, в розмірі, зазначеному в Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування, звільняє Страховика від подальших зобов'язань, пов'язаних із таким Страховим Випадком або його наслідками.

3.10. Страхові Виплати за цією Програмою будуть здійснюватись за умови, що Страховий Випадок настав протягом дії Договору Страхування та в період надання страхових послуг, та Страхову Премію сплачено згідно з умовами Договору Страхування.

3.11. Страховик має право зменшити розмір Страхової Виплати за Програмою страхування основних ризиків на суму Щомісячних Страхових Виплат, якщо такі виплати були здійснені після смерті Застрахованої Особи, та за умови, що Застрахована Особа не мала права на отримання таких виплат відповідно до умов цієї Програми.

3.12. У разі смерті Застрахованої Особи належна їй за умовами цієї Програми, але не одержана нею Страхова Виплата буде здійснена 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 жоден з Вигодонабувачів не буде живим (або Вигодонабувачі не визначені), Страхову виплату буде здійснено спадкоємцям Застрахованої Особи з урахуванням норм законодавства, чинних на момент здійснення виплати.

**4. Початок і припинення дії Програми**

4.1. Датою початку дії цієї Програми є дата початку дії Програми страхування основних ризиків, передбаченої Договором Страхування, якщо тільки цю Програму не було введено в дію та включено до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.

4.2. Ця Програма припиняє дію в разі припинення дії Програми страхування основних ризиків, передбаченої Договором Страхування. Припинення дії цієї Програми не впливає на розгляд заяв про здійснення Страхових Виплат та на здійснення Страхових Виплат за Страховими Випадками, які сталися до дати припинення дії цієї Програми.

Припинення дії цієї Програми не впливає на розгляд заяв про здійснення Страхових Виплат та на здійснення Страхових Виплат за Страховими Випадками, які сталися до дати припинення дії цієї Програми.

4.3. Ця Програма також припиняє дію о 24 годині 00 хвилин за Київським часом дати річниці дії цієї Програми, що настає одразу після досягнення Застрахованою Особою віку 65 (шістдесят п’ять) років, якщо інше не передбачено у Договорі Страхування.

4.4. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення, в такому випадку програма припиняє діяти о 24 годині 00 хвилин за київським часом визначеної дати припинення.

4.5. Дія цієї Програми припиняється та зобов’язання Страховика припиняються в разі виконання всіх перерахованих нижче умов:

4.5.1. Здійснення Страхової Виплати у розмірі Страхової Суми, встановленої на випадок раку жіночого органу Застрахованої Особи;
4.5.2. Здійснення Щомісячної Страхової Виплати протягом 12 місяців за умови, що Застрахована Особа залишається живою.

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

4.6.1. Якщо Страхова Премія, термін сплати якої настав, не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду;
4.6.2. Якщо Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Сплаченого Договору Страхування, як передбачено відповідною статтею Правил, або мало місце дострокове припинення дії Договору

Страхування з ініціативи Страхувальника, або її дію припинено з інших підстав;
4.6.3. Якщо Застраховану Особу визнано недієздатною у встановленому порядку.

4.7. 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 за період, який починається з моменту припинення дії Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення дії цієї Програми.

## 5. Виключення із Страхових Випадків і обмеження страхування

5.1. Додатково до статті 4 «Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування» Правил не визнаються Страховим Випадком та Страхова Виплата не здійснюється за подіями, прямо або непрямо, частково або повністю спричиненими таким, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:

5.1.1. Вроджені аномалії та їх наслідки і стани, що з них походять;
5.1.2. Хвороби жіночих органів та їх наслідки, що існували до початку дії Програми та до закінчення Періоду Очікування;
5.1.3. Хвороби, спричинені косметичними засобами або пластичною хірургією (молочних залоз);
5.1.4. Захворювання, спричинені хворобами, що передаються статевим шляхом;
5.1.5. Профілактичні, періодичні, щорічні обов'язкові, інші обстеження або перевірки стану здоров'я, коли відсутні об'єктивні ознаки погіршення нормального стану здоров'я за результатами таких обстежень, лабораторних досліджень або рентгенівського обстеження, крім ознак непрацездатності, виявлених під час медичних обстежень, що проводились раніше;
5.1.6. Лікування хвороб, спричинених алкогольною або наркотичною залежністю, або будь-які розлади психіки та нервової системи, або перебування в санаторіях;
5.1.7. Лікування на етапах одужання або періодичні курси відновного лікування в реабілітаційних центрах, центрах здоров'я або оздоровчих закладах, бальнеологічних (періодичні курси відновного лікування) та подібних закладах;
5.1.8. Будь-яке захворювання та/або стан, прямо або непрямо спричинений ВІЛ (Вірусом Імунодефіциту Людини), або захворювання, пов'язане з ВІЛ, та/або на момент настання Страхового Випадку наявність у Застрахованої Особи Вірусу Імунодефіциту Людини (ВІЛ) або Синдрому Імунодефіциту Людини, або ВІЛ-асоційованого комплексу, або будь-яких мутацій або типів ВІЛ;

5.1.9. Будь-яка бактеріальна інфекція (за виключенням гнійної інфекції, що виникла внаслідок випадкового порізу або поранення).

## 6. Письмова заява про настання Страхового Випадку

6.1. Письмову заяву має бути надано Страховикові якнайшвидше, але в будь-якому випадку протягом 60 (шістдесяти) днів з дати настання події, що може бути підставою подання заяви на отримання Страхової Виплати за цією Програмою.

6.2. Всі довідки, інформація та підтверджувальні матеріали повинні бути надані Страховику у такій формі та такого характеру, як він вимагає. Застрахована Особа зобов'язана на вимогу Страховика пройти за його рахунок медичне обстеження щодо хвороби (захворювання).
Застрахована Особа зобов'язана якнайшвидше після настання хвороби (захворювання) звернутися за консультацією до кваліфікованого лікаря та дотримуватись його рекомендацій. Страховик не несе відповідальності за будь-які наслідки у разі недотримання Застрахованою Особою рекомендацій та призначень кваліфікованого лікаря або незастосування методів або ліків, призначених ним. В такому разі Страховик не буде здійснювати Страхову Виплату.

6.3. Довідка з зазначенням точного діагнозу; виписка (епікриз) з медичної карти стаціонарного хворого, що включає дані анамнезу, результати всіх обстежень, документи щодо перенесених операцій; оригінал медичної карти амбулаторного хворого повинні бути надані Страховику. За необхідності Страховик має право вимагати від Застрахованої Особи надати документи на підтвердження того, що Страховий Випадок не був спричинений жодною з обставин, зазначених у пп. 5.1.1-5.1.9. Ця умова є обов'язковою для виконання Страховиком свого зобов'язання.

## 7. Умови здійснення Страхової Виплати

7.1. Обов'язковою умовою здійснення Страхової Виплати є виникнення симптомів захворювання після 90 (дев'яносто) днів з дати початку дії цієї Програми.

7.2. Страхова Виплата здійснюється тільки за умови, що Застрахована Особа залишається живою щонайменше протягом 30 (тридцяти) днів з дати встановлення діагнозу.

## 8. Інші умови

Страхувальник та Застрахована Особа зобов'язані давати достовірні та повні відповіді на запитання Страховика, поставлені у Заяві про страхування. Навмисне невиконання цього обов'язку може призвести до припинення дії Договору Страхування Страховиком, відмови у здійсненні Страхових Виплат або зменшення розміру Страхових Виплат.

**9. Розміри Страхових Премій, вікові групи та страхові тариф**

9.1. Розмір Страхової Премії встановлюється Страховиком з урахуванням розміру Страхової Суми та віку Застрахованої Особи.

9.2. Страхові Тарифи цієї Програми протягом періоду страхування залежать від віку Застрахованої Особи на момент укладання та на кожний конкретний рік дії Договору Страхування. Для цієї Програми встановлено такі вікові групи: 18-25, 26-30, 31-35, 36-40, 41-45, 46-50, 51-55, 56-60, 61-64. Страхові Тарифи за цією Програмою не змінюються для Застрахованих Осіб протягом періоду їх віднесення за фактичним віком до певної вікової групи з урахуванням умов пункту 9.5 Програми.

9.3. Для страхування на умовах цієї Програми може бути обраний один з таких Типів Страхових Тарифів:

9.3.1. На 5 (п’ять) років;
9.3.2. На 10 (десять) років;
9.3.3. До досягнення віку 65 (шістдесят п’ять) років - Страховий Тариф, визначений на день початку дії цієї Програми, дійсний до кінця періоду страхування.

9.4. Фактичний вік Застрахованої Особи та страховий тариф. Протягом узгодженого періоду страхування розмір Страхового Тарифу збільшується залежно від фактичного віку Застрахованої Особи таким чином:

9.4.1. Якщо під час укладання Договору Страхування застосовується Страховий Тариф на 5 (п’ять) років згідно з п. 9.3.1 Програми, то він підвищується на кожну 5 (п’яту) річницю дії цієї Програми до розміру, що встановлений для тієї вікової групи, яка відповідає фактичному віку Застрахованої Особи;

9.4.2. Якщо під час укладання Договору Страхування застосовується Страховий Тариф на 10 (десять) років згідно з п. 9.3.2 Програми, то він підвищується на кожну 10 (десяту) річницю дії цієї Програми до розміру, що встановлений для тієї вікової групи, яка відповідає фактичному віку Застрахованої Особи;

9.4.3. Розмір Страхового Тарифу до 65 (шістдесяти п’яти) річного віку згідно з п. 9.3.3 Програми визначається одноразово залежно від віку Застрахованої Особи на початок дії цієї Програми.

9.5. Додатково до положень пунктів 9.2-9.4 цієї Програми Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою протягом або у разі поновлення її дії. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного 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.

**10. Надання неповної інформації**

10.1. Застрахована Особа зобов'язана повністю та чесно заповнити Заяву на укладання Договору Страхування та відповісти чесно та в повному обсязі на всі письмові питання Страховика, що містяться в Заяві на укладання Договору Страхування або в заяві на поновлення надання страхових послуг.

10.2. Подання свідомо неправдивих відомостей, їх приховування в Заяві на укладання Договору Страхування, заяві на розширення переліку страхових випадків за існуючим Договором Страхування або в заяві на поновлення надання страхових послуг є підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхових Виплат. Договір Страхування, укладений на підставі такої заяви, припиняє свою дію або визнається недійсним з дати початку дії Програми або з дати поновлення надання страхових послуг відповідно. В такому разі зобов'язання Страховика обмежуються зобов'язанням повернути Страхові Премії з початку дії Програми або поновлення надання страхових послуг за вирахуванням будь-яких зобов'язань Страхувальника за Договором Страхування.

10.3. В разі з'ясування Страховиком після отримання заяви про здійснення Страхової Виплати, що причиною Страхового Випадку, був факт, подія, обставина, про які Страховик не дізнався через навмисно неправдиву інформацію, неправдиве свідчення, приховування даних в Заяві про Страхування, заяві на розширення переліку Страхових Випадків за чинним Договором Страхування або в заяві на поновлення надання страхових послуг, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати, дія Програми негайно достроково припиняється та Страховик зобов'язаний повернути незароблену премію (якщо така є).

**11. Прикінцеві положення**

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

11.1.1. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);

11.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);

11.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);

11.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);

11.1.5. Положення про індексацію для Програм страхування додаткових ризиків (Додаток 1-17) та Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25).

11.2. 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 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.

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

**Додаток 1-22**

**Програма страхування додаткових ризиків**

**Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нещасного випадку з прогресивною виплатою**
**(«Програма»)**

1. **Загальні положення**

1.1. Положення цієї Програми страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нещасного випадку з прогресивною виплатою» (надалі – Програма) складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначено 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 в Додатку до Договору Страхування на письмову вимогу Страхувальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом дії Договору Страхування.

1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії зазначається у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.

1.4. 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 термінів**

2.1. В цій Програмі наведені нижче терміни матимуть такі значення:

2.1.1. Базова Сума - грошова сума, яка зазначена у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування та яка використовується для розрахунку Страхової Суми та Страхової Виплати за Договором Страхування згідно з умовами цієї Програми.

2.1.2. Страхова Сума – грошова сума, в межах якої здійснюється Страхова Виплата згідно з умовами цієї Програми. Страхова Сума за цією Програмою встановлюється в розмірі 250% або 500% від Базової Суми залежно від обраної шкали прогресивності. Розмір Страхової Суми

зазначається у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування.

**3. Страховий Випадок та Страхова Виплата**

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

3.2. Постійна Непрацездатність визначається за допомогою спеціальної Таблиці Видів Втрат. Страховик здійснює Страхові Виплати, які розраховуються згідно з Таблицею Прогресивності залежно від часток втрати, визначених за Таблицею Видів Втрат для конкретної непрацездатності, - до 250% або 500% від Базової Суми за визначеною шкалою прогресивності.

3.3. Розмір Страхових Виплат на випадок Постійної Непрацездатності внаслідок випадків, які не зазначені у наведеній нижче Таблиці Видів Втрат, розраховується відповідно до їх серйозності у порівнянні з тими випадками, що зазначені у Таблиці Видів Втрат, при цьому не береться до уваги професія чи місце роботи Застрахованої Особи.

3.4. Загальна сума Страхових Виплат, яка сплачується через настання декількох видів втрат внаслідок одного Нещасного випадку, розраховується шляхом додавання різних сум, але загальний розмір не повинен перевищувати Страхової Суми, зазначеної у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування.

3.5. Якщо стан Застрахованої Особи погіршується через недбалість Застрахованої Особи або її відмову отримати необхідну медичну допомогу, то сума належних Страхових Виплат розраховується не відповідно до реальних наслідків Нещасного випадку, що стався із Застрахованою Особою, а відповідно до наслідків, які б мала звичайна фізично здорова особа в результаті такого Нещасного випадку, 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.

3.6. Якщо Застрахована Особа є ліворукою та зазначила це у Заяві на Страхування, або це офіційно визнано, то визначені нижче частки від Страхової Суми для різних видів втрат лівих та правих кінцівок взаємно замінюються.

3.7. Дія Програми припиняється одразу після настання Постійної та Повної Непрацездатності згідно з цією Програмою, але настання такого Страхового Випадку не зумовлює припинення дії Договору Страхування в цілому.

3.8. Визначення виду втрати:

3.8.1. Втрата кисті, руки, стопи або ноги означає втрату відповідної частини кінцівки або кінцівки через фізичне відчленування або повну та постійну втрату здатності використовувати зазначені частини кінцівки або кінцівки;
3.8.2. Втрата ока означає повну та невідновну втрату зору; втратою зору вважається чіткість зору після корекції 3/60 або менше за шкалою Снеллера;
3.8.3. Втрата слуху або мовлення означає повну та невідновну втрату слуху або мовлення.

3.9. 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.

3.10. 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.

**4. Таблиця Видів Втрат**

| **Непрацездатність** | **Частка Втрати** |
|---|---|
| Постійна та Повна Непрацездатність: | |
| Повна втрата зору на обидва ока | 100% |
| Повна втрата обох кистей або рук | 100% |
| Повна глухота на обидва вуха травматичного походження | 100% |
| Повна втрата мовлення | 100% |
| Повна втрата однієї руки та однієї ноги | 100% |
| Повна втрата однієї руки та однієї стопи | 100% |
| Повна втрата однієї кисті та однієї стопи | 100% |
| Повна втрата однієї кисті та однієї ноги | 100% |
| Повна втрата обох ніг | 100% |
| Повна втрата обох стоп | 100% |
| Видалення нижньої щелепи | 100% |
| Повне слабоумство | 100% |
| Постійна Часткова Непрацездатність: | |

| Непрацездатність | Частка Втрати | |
|---|---|---|
| Голова: | | |
| Втрата кісткової тканини черепа по всій його товщині | | |
| - Поверхня площею не менше 6 кв.см | 40% | |
| - Поверхня площею від 3 до 6 кв.см | 20% | |
| - Поверхня площею менше 3 кв.см | 10% | |
| Часткове видалення нижньої щелепи, її висхідної частини у повному обсязі або половини верхньої щелепи | 40% | |
| Повна глухота на одне вухо | 30% | |
| Повна втрата одного ока | 50% | |
| Верхні кінцівки | Права | Ліва |
| Втрата однієї руки або кисті | 60% | 50% |
| Значна втрата кісткової тканини руки (чітко виражене та невиліковне ураження) | 50% | 40% |
| Повний параліч верхньої кінцівки (невиліковне ураження нервів) | 65% | 55% |
| Повний параліч огинального нерва | 20% | 15% |
| Анкілоз плеча | 40% | 30% |
| Анкілоз ліктя: | | |
| - у сприятливому положенні (15 градусів від прямого кута); | 35% | 30% |
| - у несприятливому положенні | 40% | 35% |
| Значна втрата кісткової тканини двох кісток передпліччя (чітко виражене та невиліковне ураження) | 40% | 30% |
| Повний параліч 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% |
| Одночасна ампутація великого пальця і вказівного пальця | 35% | 25% |
| Повна втрата великого пальця та іншого пальця (крім вказівного) | 25% | 20% |
| Повна втрата двох пальців (крім великого та вказівного) | 12% | 8% |
| Повна втрата трьох пальців (крім великого та вказівного) | 20% | 15% |

| Непрацездатність | Частка Втрати | |
|---|---|---|
| Повна втрата чотирьох пальців, включаючи великий палець | 45% | 40% |
| Повна втрата чотирьох пальців, виключаючи великий палець | 40% | 35% |
| Повна втрата середнього пальця | 10% | 8% |
| Повна втрата пальця (крім великого, вказівного та середнього) | 7% | 3% |
| Нижні Кінцівки | | |
| Повна втрата нижньої кінцівки на рівні верхньої половини стегна | 60% | |
| Повна втрата нижньої кінцівки на рівні нижньої половини стегна | 50% | |
| Повна втрата стопи (дезартикуляція на рівні гомілковостопного суглоба) | 45% | |
| Часткова втрата стопи (дезартикуляція на рівні підтаранного суглоба) | 40% | |
| Часткова втрата стопи (дезартикуляція на рівні поперечного суглоба стопи) | 35% | |
| Часткова втрата стопи (передплюсно-плюснева дезартикуляція) | 30% | |
| Повний параліч нижньої кінцівки (невиліковне ураження нерва) | 60% | |
| Повний параліч двох нервів (зовнішній та внутрішній підколінний сідничний нерв) | 40% | |
| Повний параліч зовнішнього підколінного сідничного нерва | 20% | |
| Повний параліч внутрішнього підколінного сідничного нерва | 30% | |
| Анкілоз кульшового суглоба | 40% | |
| Анкілоз колінного суглоба | 20% | |
| Втрата кісткової тканини стегна або обох кісток гомілки (невиліковний стан) | 60% | |
| Втрата кісткової тканини 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.

**5. Таблиця Прогресивності**

| Шкала прогресивності, що застосовується у разі, якщо Страхова Сума складає 250% Базової Суми | | | Шкала прогресивності, що застосовується у разі, якщо Страхова Сума складає 500% Базової Суми | |
|---|---|---|---|---|
| Частка Втрати (ЧВ) | Страхова Виплата як відсоток від Базової Суми | | Частка Втрати (ЧВ) | Страхова Виплата як відсоток від Базової Суми |
| Від 0% до 25% | ЧВ | | Від 0% до 20% | ЧВ |
| Від 26% до 50% | 2*ЧВ – 25% | | Від 21% до 40% | 3*ЧВ – 40% |
| Від 51% до 75% | 3*ЧВ – 75% | | Від 41% до 60% | 5*ЧВ – 120% |
| Від 76% до | 4*ЧВ – 150% | | Від 61% до 80% | 7*ЧВ – 240% |
| | | | Від 81% до100% | 9*ЧВ – 400% |

**6. Виключення зі Страхових Випадків та обмеження страхування**

6.1. Страхові Виплати здійснюються за умови, що, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:

6.1.1. Страховий Випадок є прямим наслідком тілесних ушкоджень, заподіяних зовнішнім, насильницьким та випадковим чином, про що існують докази у вигляді видимих синців або ран на поверхні тіла;

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

6.1.3. Додатково до пункту 6.1.2 цієї Програми, Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є:

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

- 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;

6.1.3.2. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким повітряним спортом, альпінізмом, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;

6.1.3.3. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту як пасажира на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;

6.1.3.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;

6.1.3.5. Тренування або пілотування або перебування в якості пасажира на планері або планері, який пілотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;

6.1.3.6. Участь у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;

6.1.3.7. 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;

6.1.3.8. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;

6.1.3.9. 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;

6.1.3.10. 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;

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

6.1.3.12. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;

6.1.3.13. Вакцинація та наслідки вакцинації;

6.1.3.14. Нещасний Випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об’ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажира на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов’язане з виконанням Страхувальником службових обов’язків, з урахуванням пункту 6.1.3.1. 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, 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;

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

6.1.3.16. Спроба самогубства у будь-який час або тілесні ушкодження, навмисно нанесені Застрахованій Особі будь-якою особою за згодою Застрахованої Особи;

6.1.3.17. Радіоактивне ураження.

6.2. Страхову Виплату буде здійснено за умови, що Страховий Випадок мав місце:

- протягом дії цієї Програми;
- до дати чергової річниці дії Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи.

## 7. Права Страховика у разі настання Страхового Випадку

7.1. Додатково до прав, передбачених у пункті 10.2 Правил, Страховик має право проводити обстеження Застрахованої Особи з метою визначення, є постійна непрацездатність внаслідок Нещасного випадку повною чи частковою відповідно до умов цієї Програми. Будь-які належні Страхові Виплати відповідно до цієї Програми ґрунтуються на результатах зазначеного медичного обстеження.

## 8. Початок дії Програми

8.1. Датою початку дії цієї Програми буде дата початку дії Програми страхування основних ризиків Договору Страхування, якщо тільки цю Програму не було введено в дію та включено до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.

## 9. Припинення дії Програми

9.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення.

9.2. Дія цієї Програми припиняється та Страховик звільняється від своїх відповідних зобов’язань у випадку виконання Страховиком зобов’язань перед Страхувальником у повному обсязі - здійснення виплати Страхової Суми (в розмірі 250% або 500% від Базової Суми за обраною шкалою прогресивності) внаслідок одного або кількох Нещасних Випадків у випадку Постійної Непрацездатності.

9.3. Додатково до статті 18 Правил дія цієї Програми припиняється, якщо:

9.3.1. Застраховану Особу визнано психічно хворою; або

9.3.2. Застрахована Особа вступила до військових наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або

9.3.3. Застрахована Особа стала членом будь-яких допоміжних або цивільних невійськових підрозділів, що допомагають військовим наземним, морським чи повітряним силам будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або

9.3.4. Застрахована Особа досягла шістдесяти п’яти річного віку, якщо інше не передбачено Договором Страхування. В такому випадку дія цієї Програми припиняється у чергову річницю дії цієї Програми після 65 (шістдесят п’ятого) дня народження Застрахованої Особи, незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування; або

9.3.5. Страхова Премія за цією Програмою, Програмою страхування основних ризиків або Програмами страхування додаткових ризиків не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду; або

9.3.6. Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Сплаченого Договору Страхування, як передбачено Правилами, або дію Програми страхування основних ризиків було припинено на будь-яких підставах.

9.4. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії припиняється, і зобов’язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком 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 9.2 цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії - це частина Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.

**10. Прикінцеві положення**

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

10.1.1. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);

10.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);

10.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил).

10.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);

10.1.5. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25).

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

10.3. Страховик має право змінювати розмір страхового тарифу за цією програмою. Зміна набуватиме чинності з річниці дії цієї Програми. Страхувальник має право відмовитись від таких змін протягом тридцяти днів. Якщо Страхувальник відмовляється прийняти такі 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.

**Додаток 1-23**

**Програма добровільного страхування життя «Рівень життя»**

## 1. Загальні положення

Положення цієї Програми добровільного страхування життя «Рівень життя» (надалі за текстом – «Програма») застосовуються в разі, якщо Договором Страхування передбачено страхування відповідно до Програми. Інші, прямо не зазначені в тексті Програми умови страхування (права та обов'язки Сторін, порядок та умови здійснення Страхових Виплат тощо), встановлено Правилами.

## 2. Визначення термінів

В умовах цієї Програми наведені нижче терміни матимуть такі значення:

2.1**. Постійна та Повна Непрацездатність** – повна, чітко виражена та остаточна непрацездатність Застрахованої Особи, яка визнана Страховиком, отримана внаслідок Хвороби або захворювання, або Тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку, що повністю робить неможливим виконання Застрахованою Особою будь-якої роботи, здійснення трудової або професійної діяльності за плату, винагороду або заради отримання прибутку протягом решти життя такої Застрахованої Особи. Від дати настання Нещасного Випадку, що призвів до настання повної непрацездатності Застрахованої Особи, або від дати діагностування Хвороби (захворювання), що призвело до настання постійної та повної непрацездатності Застрахованої Особи, має минути Мінімальний період очікування до того, як таку непрацездатність може бути визнано Постійною та Повною Непрацездатністю відповідно до умов цієї Програми. Проте, у випадку, визначеному в пункті 3.9.4 цієї Програми, непрацездатність може бути визнано Страховиком Постійною та Повною Непрацездатністю без застосування Мінімального періоду очікування.

2.2. **Хвороба, захворювання** – будь-який патологічний стан, патологічний процес, який проявляється порушеннями морфології (анатомічної, гістологічної будови), обміну речовин або/та функціонування систем організму (його частин, органів, тканин) у людини або порушеннями функцій органів та систем організму Застрахованої Особи, не спричинений Нещасним Випадком, та який можна об'єктивно діагностувати.

2.3. **Нещасний Випадок** – раптова, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої Особи подія, яка відбулась протягом строку дії Договору Страхування внаслідок впливу різноманітних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тілесних ушкоджень, що стали причиною настання повної непрацездатності Застрахованої Особи та/або її загибелі (смерті).

2.4. **Тілесні ушкодження внаслідок Нещасного Випадку** – тілесні ушкодження Застрахованої Особи, які можливо об'єктивно діагностувати та які настали внаслідок Нещасного Випадку, що мав місце протягом строку дії Договору Страхування, мають прямий причинно-наслідковий зв'язок з таким Нещасним Випадком та не залежать від будь-яких інших причин.

2.5. **Мінімальний період очікування** – період в 12 (дванадцять) послідовних місяців від дати настання Нещасного Випадку, що призвів до настання повної непрацездатності Застрахованої Особи, або від дати діагностування Хвороби (захворювання), що призвела (призвело) до настання повної непрацездатності Застрахованої Особи, якщо інший строк не передбачено в Договорі Страхування.

2.6. **Період відстрочки** – період, визначений за згодою Сторін у Договорі Страхування, що починається з дати набрання чинності Договором Страхування, укладеним на підставі даної Програми. У разі настання Нещасного Випадку або діагностування Хвороби, захворювання Застрахованої Особи протягом Періоду відстрочки, наслідки такого Нещасного Випадку або Хвороби, захворювання не визнаються Страховим Випадком за цією Програмою, та Страхова Виплата не здійснюється.

2.7. **Рік дії Договору Страхування** – це:
- для першого року страхування - період тривалістю в 365 днів (366 днів для високосного року), що розпочинається з дати набрання чинності Договором Страхування;
- для наступних років страхування – період тривалістю в 365 днів (366 днів для високосного року), що розпочинається з дня кожної Річниці Договору Страхування та закінчується в день, що передує наступній Річниці Договору Страхування;

2.8. **Річниця Договору Страхування** – дата, наступна за останнім днем відповідного Року дії Договору Страхування.

2.9. **Період Поновлення** - період тривалістю 3 (три) місяці (якщо інше не узгоджено Сторонами в Договорі Страхування) з дати, коли чергова Страхова Премія за Договором Страхування має бути сплачена, встановлений з метою надання Страхувальнику можливості поновлення надання страхових послуг. Протягом Періоду Поновлення Страховик не надає страхові послуги за Договором Страхування, а події, що сталися протягом такого періоду, у жодному разі не розглядаються Страховиком і не визнаються Страховими Випадками.

**3. Перелік Страхових Випадків та умови здійснення Страхової Виплати**

3.1. Договором Страхування можуть бути передбачені такі Страхові Випадки:

3.1.1. Смерть Застрахованої Особи;
3.1.2. Смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку;

3.1.3. Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи;
3.1.4. Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку.

3.2. Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи може бути визнана Страховим Випадком згідно з пунктами 3.1.3 - 3.1.4 цієї Програми лише у випадку, якщо така непрацездатність Застрахованої Особи не пов'язана з Нещасним Випадком або Хворобою (захворюванням), що сталися (діагностовані) протягом Періоду відстрочки, визначеного в Договорі Страхування.

3.3. Страхування на випадок подій, зазначених в пунктах 3.1.2 - 3.1.4 цієї Програми, може здійснюватися лише за умови, що Договором Страхування передбачено Страховий випадок, зазначений у пункті 3.1.1 цієї Програми.

3.4. Конкретний перелік Страхових Випадків, обраних за цією Програмою, зазначається в Договорі Страхування.

3.5. Якщо інше не визначено умовами Договору Страхування, Програма передбачає страхування на випадок настання Страхового Випадку «Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи» лише до Річниці Договору Страхування після досягнення Застрахованою Особою віку 60 років. З наступної Річниці Договору Страхування після досягнення Застрахованою Особою віку 60 років Договором Страхування може бути передбачений Страховий Випадок «Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку».

3.6. У разі настання Страхового Випадку Страховик здійснює Страхову Виплату Застрахованій Особі або Вигодонабувачу відповідно до умов Договору Страхування. Страхова Виплата дорівнює Страховій Сумі (або її частині), узгодженій Сторонами та зазначеній в Договорі Страхування для цієї Програми.

3.7. Страхова Виплата здійснюється однією грошовою сумою, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

3.8. Страхова Виплата здійснюється за таких умов:
3.8.1. Страховий Випадок мав місце (Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи була визнана Страховиком) протягом дії Договору Страхування, укладеного відповідно до цієї Програми;
3.8.2. Нещасний Випадок, що призвів до настання Страхового Випадку, мав місце протягом дії Договору Страхування, укладеного відповідно до цієї Програми, або Хворобу (захворювання), що призвела (призвело) до настання Страхового Випадку, було вперше діагностовано протягом дії Договору Страхування, укладеного відповідно до цієї Програми;
3.8.3. Страховик отримав усі належні документи, що підтверджують настання Страхового Випадку відповідно до Договору Страхування.

3.9. Додатково до умов пункту 3.8 цієї Програми Страхова Виплата у разі настання Страхового Випадку, визначеного пункті 3.1.3 та пункті 3.1.4. цієї Програми, здійснюється за таких умов (якщо інше не передбачено Договором Страхування):
3.9.1. Повна непрацездатність, що відповідає критеріям, зазначеним у п. 2.1 цієї Програми, настала після закінчення Періоду відстрочки, якщо він передбачений Договором Страхування;
3.9.2. Хворобу (захворювання), що призвела (призвело) до настання повної непрацездатності Застрахованої Особи, було вперше діагностовано, або Нещасний Випадок, що призвів до настання повної непрацездатності Застрахованої Особи, настав після закінчення Періоду відстрочки, якщо він передбачений Договором Страхування;
3.9.3. Страхувальник або Застрахована Особа надали належне підтвердження (в тому числі, але не обмежуючись документальними) наявності повної непрацездатності Застрахованої Особи безперервно протягом визначеного Мінімального періоду очікування (п.2.5 цієї Програми);
3.9.4. Проте, у разі повної та невідновної втрати зору на обидва ока або втрати через відчленування двох або більше кінцівок (на рівні або вище зап'ястку чи гомілковостопного суглоба) Страховик може не застосовувати Мінімальний період очікування та визнати стан Застрахованої Особи як Постійну та Повну Непрацездатність без застосування Мінімального періоду очікування;
3.9.5. Постійна та Повна Непрацездатність визнається Страховиком після закінчення Мінімального періоду очікування (за винятком випадків, передбачених п.3.9.4 цієї Програми) та до наступної Річниці Договору Страхування після досягнення Застрахованою Особою 60 (шістдесяти) років – за Страховим Випадком, передбаченим пунктом 3.1.3 цієї Програми, або до наступної Річниці Договору Страхування після досягнення Застрахованою Особою 65 (шістдесяти п'яти) років – за Страховим випадком, передбаченим п. 3.1.4 цієї Програми, якщо інший вік не передбачено Договором Страхування.

3.10. У разі настання Страхового Випадку, передбаченого пунктами 3.1.3 та 3.1.4 цієї Програми, Страховик має право вимагати від Страхувальника та Застрахованої Особи надання документів для підтвердження того, що Застрахована Особа працювала на умовах трудового договору (контракту), виконувала роботи на підставі договору цивільно-правового характеру або займалася іншою, не забороненою чинним законодавством діяльністю, пов'язаною з отриманням доходу, станом на дату, коли Хворобу (захворювання) було вперше діагностовано, або на дату настання Нещасного Випадку.

3.11. Страховик має право призначати лікаря для обстеження Застрахованої Особи з метою визначення відповідності стану здоров'я Застрахованої Особи критеріям Страхових Випадків, передбачених пунктами 3.1.3 та 3.1.4 цієї Програми та/або вимагати від Застрахованої Особи проведення аналізу крові Застрахованої Особи, включаючи аналіз крові на ВІЛ, та проходження

іншого обстеження, обсяг якого встановлюється Страховиком залежно від характеру непрацездатності. Щодо Страхових Випадків, передбачених пунктами 3.1.1 та 3.1.2 цієї Програми, Страховик також має право вимагати та мати можливість проведення патологоанатомічного розтину у випадку настання смерті, якщо це не заборонено чинним законодавством, та/або ознайомитись та одержати результати патологоанатомічного дослідження.

3.12. Якщо інше не передбачено умовами Договору Страхування, у разі настання Постійної та Повної Непрацездатності або Постійної та Повної Непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку Страхова Виплата здійснюється однією грошовою сумою після закінчення Мінімального періоду очікування та після визнання Постійної та Повної Непрацездатності Страховиком відповідно до умов цієї Програми.

3.13. Загальний розмір Страхових Виплат за цією Програмою не може перевищувати 100% Страхової Суми, зазначеної у Договорі Страхування для даної Програми.

## 4. Критерії можливості страхування, виключення зі Страхових Випадків та обмеження страхування

4.1. Вимоги щодо можливості Страхування.
Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Застрахованою Особою за Договором Страхування, укладеним на підставі цієї Програми, може бути фізична особа, яка відповідає таким критеріям:

4.1.1. Критерій вікового цензу. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, протягом усього строку дії Договору Страхування вік Застрахованої Особи не повинен бути меншим за 18 (вісімнадцять) років та більшим за 65 (шістдесят п’ять) років.
4.1.2. Критерій місця проживання. Протягом усього строку дії Договору Страхування місцем постійного проживання Застрахованої Особи має бути Україна.
4.1.3. Критерій стану здоров’я. Стан здоров’я особи, яка має бути застрахована за умовами цієї Програми, повинен відповідати критеріям Страховика щодо можливості страхування та інформації, що надається Застрахованою Особою на запит Страховика на дату поновлення надання страхових послуг згідно із п.5.3. цієї Програми. Особа, яка має бути застрахована, не повинна мати постійну повну або тимчасову повну непрацездатність, перебувати на лікарняному або бути госпіталізованою, або мати встановлену групу інвалідності на дату початку дії Договору Страхування.
4.1.4. Критерій працевлаштування. У разі, якщо Договором Страхування, укладеним відповідно до цієї Програми, передбачений Страховий випадок, визначений у пунктах 3.1.3 та/або 3.1.4 цієї Програми, то на дату укладення Договору Страхування та на дату, коли Хворобу (захворювання) було вперше діагностовано, або на дату настання Нещасного Випадку Застрахована Особа повинна працювати на умовах трудового договору

(контракту), виконувати роботи на підставі договору цивільно-правового характеру або займатися іншою не забороненою чинним законодавством діяльністю, пов’язаною з отриманням доходу.

4.2. Виключення

4.2.1. Згідно з Договором Страхування, укладеним за умовами цієї Програми, будь-яка подія не визнається Страховим Випадком та Страхова Виплата не здійснюється, якщо така подія прямо або опосередковано, повністю або частково спричинена або пов’язана з:

4.2.1.1. Подіями, зазначеними у статті 4 Правил та у статті 17 Правил;

4.2.1.2. Хворобою, захворюванням або станом здоров’я Застрахованої Особи, які виникли до початку дії цієї Програми;

4.2.1.3. Заняттям Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змаганням та тренуванням, а також заняттям Застрахованою Особою такими видами спорту на любительському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким кінним спортом, повітряними видами спорту, альпінізмом, видами бойового мистецтва, підводним плаванням, дайвінгом (глибше, ніж 40 м), стрільбою;

4.2.1.4. Подорожуванням або польотом на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту як пасажира на будь-якому комерційному повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;

4.2.1.5. Проходженням Застрахованою Особою будь-якої строкової або контрактної служби в будь-яких підрозділах збройних сил будь-якої країни або в міжнародних військах незалежно від того, в мирний час, чи під час війни.

4.3. Додатково до випадків, передбачених у п. 4.2 цієї Програми, не визнається Страховим Випадком «Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи» або «Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку» непрацездатність, яку не може бути об’єктивно досліджено та діагностовано, тобто не може бути виявлено та підтверджено за допомогою об’єктивних, інструментальних, лабораторних досліджень, а також непрацездатність, пов’язана з психічними хворобами або будь-якими іншими розумовими або нервовими захворюваннями.

4.4. У випадку подання Застрахованою Особою або Страхувальником свідомо неправдивої інформації стосовно віку Застрахованої Особи та якщо на дату укладення Договору Страхування така Застрахована Особа не відповідала критерію вікового цензу, визначеного у п. 4.1.1, Договір Страхування вважається таким, що не набрав чинності, а відповідна Страхова Премія, сплачена за таким Договором Страхування, підлягає

поверненню Страхувальнику. Страховик не буде нести жодних зобов'язань за таким Договором Страхування та не здійснюватиме Страхових Виплат.

**5. Страхова Премія**

5.1. Страхова Премія сплачується у вигляді щомісячних платежів, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

5.2. Страхова Премія сплачується у строки та у розмірі, що передбачені Договором Страхування.

5.3. Якщо інше не передбачено в Договорі Страхування, у разі несплати чергової Страхової Премії у встановлений Договором Страхування строк Страхувальнику додатково надається Період Поновлення, визначений у пункті 2.9 цієї Програми. Протягом Періоду Поновлення, впродовж якого Страховик не надає страхові послуги за Договором Страхування, Страхувальник звільняється від зобов'язання сплачувати Страхові Премії, це стає лише його правом. Для поновлення надання страхових послуг за Договором Страхування Страхувальник повинен сплатити всі несплачені Страхові Премії за Період Поновлення, а Застрахована Особа повинна відповідати вимогам Страховика щодо можливості страхування, викладеним у пункті 4.1 цієї Програми, на дату сплати таких Страхових Премій та поновлення надання страхових послуг. Якщо протягом Періоду Поновлення не відбулось поновлення надання страхових послуг, Договір Страхування, укладений за цією Програмою, припиняє дію. Сплата Страхувальником будь-яких сум грошових коштів Страховику після припинення дії Договору Страхування не призводить до виникнення у Страховика будь-яких зобов'язань, за винятком зобов'язань з їх повернення.

5.4. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за Договором Страхування, укладеним відповідно до цієї Програми. Зміна набуватиме чинності з Річниці Договору Страхування або іншої дати, узгодженої Сторонами в Договорі Страхування. Страхувальник має право відмовитись від таких змін протягом періоду, узгодженого Сторонами у Договорі Страхування. Якщо Страхувальник відмовляється прийняти зміни, Страховик має право достроково припинити дію Договору Страхування з дати чергової Річниці Договору Страхування або з іншої дати, узгодженої Сторонами в Договорі Страхування, шляхом письмового повідомлення Страхувальника.

**6. Початок і припинення дії Програми**

6.1. Датою початку дії цієї Програми є дата, зазначена у Договорі Страхування як дата початку його дії, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

6.2. Дія цієї Програми припиняється:

6.2.1. О 24 годині 00 хвилин за Київським часом дня, визначеного у Договорі Страхування датою припинення дії Договору Страхування;
6.2.2. У разі несплати Страхових Премій протягом Періоду Поновлення, зазначеного у пункті 2.9 цієї Програми;
6.2.3. У разі відмови Страховика у здійсненні Страхової Виплати через надання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей або неповних відповідей Страхувальника на запитання щодо предмета Договору Страхування та інші запитання, поставлені Страховиком;
6.2.4. З дати чергової Річниці Договору Страхування після 65-го дня народження Застрахованої Особи, якщо Договором Страхування передбачено щорічну сплату Страхової Премії; або о 24 годині 00 хвилин за Київським часом дати закінчення періоду, під час якого Застрахована Особа досягла віку 65 років, та за який Страхову Премію було сплачено, якщо Договором Страхування передбачено періодичність сплати чергової Страхової Премії іншу, ніж річна (якщо інше не передбачено Договором Страхування);
6.2.5. У випадку виконання Страховиком зобов'язань щодо здійснення Страхової Виплати за цією Програмою у повному обсязі;
6.2.6. У випадку, якщо Україна перестає бути місцем постійного проживання Застрахованої Особи.

6.3. У разі ухвалення Страховиком рішення щодо здійснення Страхової Виплати за Страховим Випадком «Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи» або «Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку» зобов'язання Страховика за Договором Страхування припиняються з дати ухвалення зазначеного рішення, крім обов'язку здійснити Страхову Виплату за Страховим Випадком «Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи» або «Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку» відповідно.

6.4. Дію Договору Страхування, укладеного відповідно до цієї Програми, може бути припинено в односторонньому порядку однією із Сторін за умови надання іншій Стороні письмового повідомлення щодо припинення дії Договору Страхування в односторонньому порядку, про що Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не менш, як за 30 (тридцять) календарних днів до дати розірвання Договору Страхування.

## 7. Порядок укладення Договору Страхування

7.1. Договір Страхування може бути укладено в один із таких способів:
7.1.1. шляхом складання та підписання Сторонами одного документу, яким є Договір Страхування, або
7.1.2. в інший спосіб, не заборонений чинним законодавством України.

7.2. У випадку, якщо Договір Страхування укладається у формі, передбаченій пунктом 7.1.1 цієї Програми, то для укладення Договору Страхування Страхувальник повинен надати Страховику:

7.2.1. інформацію щодо предмета Договору Страхування за формою, затвердженою Страховиком;
7.2.2. іншу інформацію або документи, необхідні для проведення оцінки страхових ризиків, на вимогу Страховика.

7.3. У випадку, якщо Договір Страхування укладається у інший спосіб, ніж складання та підписання одного документа, як передбачено пунктом 7.1.2 цієї Програми, то для укладення Договору Страхування Страхувальнику додатково до документів, визначених у пунктах 7.2.1 та 7.2.2 цієї Програми, необхідно надати Страховику письмову заяву у двох примірниках за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявити про свій намір укласти Договір Страхування за формою, затвердженою Страховиком.

**8. Строк та місце дії Договору Страхування**
8.1. Строк дії Договору Страхування визначається Сторонами в Договорі Страхування.

8.2. Договір Страхування діє на території будь-якої країни світу, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

**9. Інші 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. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);
9.1.4. Положення про індексацію для Програми страхування основних ризиків (Додаток 1-16);
9.1.5. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25).

9.2. У випадку, якщо Договір Страхування конкретизує, змінює, уточнює або доповнює положення цієї Програми, пріоритетну силу мають умови Договору Страхування.

9.3. Договором Страхування, що передбачає страхування за цією Програмою, може також бути передбачено страхування за програмами страхування додаткових ризиків.

**Додаток 1-24**

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

## 1. Предмет страхування

1.1. Положення цієї Програми страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок переломів та/або опіків внаслідок Нещасного випадку» (надалі – Програма) складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховому Полісі або у Договорі Страхування.

1.2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім'я та по батькові якої зазначаються у Страховому Полісі або в 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** - всі випадкові, раптові, незалежні від Застрахованої Особи та інших обставин події, спричинені зовнішніми факторами (механічними, тепловими, хімічними, електричними, радіоактивними тощо), що стались протягом строку дії Договору Страхування та спричинили опіки або переломи, як визначено цією Програмою. Усі інші події не вважатимуться Нещасним випадком згідно з умовами цієї Програми.

2.2. **Опік** - пошкодження шкіри, спричинене контактом з джерелами теплової енергії, хімічними речовинами або холодом, незалежно від того, чи таке ушкодження є відновлювальним.

2.3. **Перелом** - будь-яке травматичне порушення цілісності кістки (тріщина; надлом, злом; розрив), спричинене Нещасним Випадком незалежно від того, чи призвело це до постійної непрацездатності Застрахованої Особи.

2.4. **Патологічний перелом** - будь-який перелом тієї ділянки кістки, яка була вражена вже наявним захворюванням, що ослабляло міцність кістки (в тому числі остеопороз).

2.5. **Множинний (складний) перелом** - перелом кістки у двох і більше місцях. Осколчастий перелом кістки з більш ніж двома уламками також вважається множинним переломом.

2.6. **Повний перелом** - порушення (розрив) цілісності кістки через всю її товщину.

2.7. **Відкритий перелом** - перелом, при якому кісткові відламки порушують цілісність шкіри.

2.8. **Втомний перелом (стрес-перелом)** - порушення цілісності кістки внаслідок її частих систематичних перевантажень («маршова стопа»).

2.9. **Остеопороз** – патологічний стан, який характеризується зменшенням кісткової тканини в одиниці об'єму кістки. Діагноз остеопорозу має бути підтверджений даними денситометрії, рентгенологічного та/або інших об'єктивних методів дослідження.

**3. Страховий Випадок та Страхова Виплата**

3.1. Страховим Випадком за цією Програмою є розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку, спричинений переломом (код – «ВВ») та/або опіком (код – «В»).

3.2. В разі настання Страхового Випадку Страховик здійснить Страхову Виплату у розмірі частини Страхової Суми за цією Програмою, яка відповідає відповідному перелому або опіку в Таблиці визначення розміру страхових виплат для переломів та опіків.

3.3. Загальна сума Страхових Виплат, сплачуваних у випадку двох і більше переломів/опіків внаслідок одного і того самого Нещасного Випадку, розраховується шляхом додавання частин Страхової Суми, належних до сплати за кожним з таких переломів/опіків, але загальний розмір Страхової Виплати не повинен перевищувати Страхової Суми за цією Програмою, зазначеної у Страховому Полісі або у додатку до Договору Страхування.

3.4. Розмір Страхової Виплати на випадок перелому/опіку, що є Страховим Випадком за цією програмою, але не наведений в Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для переломів та опіків, розраховується лікарем-експертом Страховика шляхом порівняння такого перелому/опіку з максимально наближеним за ступенем тяжкості переломом або опіком,

зазначеним в Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для переломів та опіків.

3.5. Страховик залишає за собою право проведення медичного обстеження Застрахованої Особи лікарем, призначеним Страховиком, за рахунок Страховика.

**4. Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для переломів та опіків**

| Вид перелому/ опіку | Розмір Страхової Виплати, у % від Страхової Суми |
|---|---|
| **Перелом кісток таза (крім куприка)** | |
| Множинні переломи (щонайменше один відкритий та один повний) | 100 |
| Всі інші відкриті переломи | 50 |
| Множинні переломи (щонайменше один повний) | 30 |
| Прості закриті переломи | 20 |
| **Переломи стегна або п'яткової кістки:** | |
| Множинні переломи (щонайменше один відкритий та один повний) | 50 |
| Всі інші відкриті переломи | 40 |
| Множинні переломи (щонайменше один повний) | 30 |
| Прості закриті переломи | 18 |
| **Переломи основи черепа** | 50 |
| **Переломи великої гомілкової кістки, плечової кістки, променевої кістки або зап'ястка, п’ястка** | |
| Множинні переломи (щонайменше один відкритий та один повний) | 40 |
| Всі інші відкриті переломи | 30 |
| Множинні переломи (щонайменше один повний) | 20 |
| Прості закриті переломи | 15 |
| **Переломи верхньої або нижньої щелепи, зовнішньої кісточки, внутрішньої кісточки, ліктьової кістки** | |
| Множинні переломи (щонайменше один відкритий та один повний) | 30 |
| Всі інші відкриті переломи | 20 |
| Множинні переломи (щонайменше один повний) | 16 |
| Прості закриті переломи | 10 |
| **Переломи лопатки, ключиці, наколінка, грудини, кісток передплюсни та плюсни** | |
| Відкриті переломи | 20 |
| Закриті переломи | 13 |
| **Переломи хребта (крім куприка)** | |

| | |
|---|---|
| Всі компресійні переломи тіла хребця | 20 |
| Переломи остистого та поперечного відростка хребця | 7 |
| **Переломи лобної, скроневої, тім'яної, потиличної кісток** | |
| Зі вдавленням кісткових відламків | 30 |
| Без вдавлення кісткових відламків | 10 |
| **Переломи одного або більше ребер, кісток лицьового черепа, куприка або малої гомілкової кістки (крім зовнішньої кісточки)** | |
| Множинні переломи (щонайменше один відкритий та один повний) | 16 |
| Всі інші відкриті переломи | 12 |
| Множинні переломи (щонайменше один повний) | 8 |
| Прості закриті переломи | 5 |
| **Переломи пальців** | |
| Відкритий перелом | 5 |
| Закритий перелом | 3 |
| **Опіки** | |
| Опіки шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 27 % поверхні шкіри або більше | 100 |
| Опіки шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 18-26% поверхні шкіри | 60 |
| Опіки шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 9-17% поверхні шкіри | 30 |
| Опіки шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 4,5-8% поверхні шкіри | 16 |

**5. Виключення зі Страхових Випадків та обмеження страхування**

5.1. Страхові Виплати здійснюються за умови, що:

5.1.1. Страховий Випадок є прямим наслідком тілесних ушкоджень, заподіяних зовнішнім, насильницьким та випадковим чином;

5.1.2. Випадки, передбачені у пункті 3 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;

5.1.3. Додатково до пункту 5.1.2 цієї Програми Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:

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

- особи, що працюють із вибуховими речовинами, 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;

5.1.3.2. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, повітряним спортом, альпінізмом, дайвінгом (глибше, ніж 40 м), стрільбою;

5.1.3.3. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту як пасажира на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;

5.1.3.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;

5.1.3.5. Тренування або пілотування, або перебування в якості пасажира на планері або планері, який пілотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;

5.1.3.6. Участь у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;

5.1.3.7. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;

5.1.3.8. 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;

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

5.1.3.10. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;

5.1.3.11. Нещасний Випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажира на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Страхувальником службових обов'язків, з урахуванням пункту 5.1.3.1. 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, 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;

5.1.3.12. Тілесні ушкодження внаслідок нещасного випадку, які спричинили килу, люмбаго або запалення сідничного нерва;

5.1.3.13 Спроба самогубства у будь-який час або тілесні ушкодження, навмисно нанесені Застрахованій Особі будь-якою особою за згодою Застрахованої Особи;

5.1.3.14. Патологічний перелом, включаючи переломи внаслідок остеопорозу;

5.1.3.15. Втомний перелом (стрес-перелом).

5.2. Страхову Виплату буде здійснено за умови, що Страховий Випадок мав місце:

- протягом дії цієї Програми;
- до дати чергової річниці дії Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи.

**6. Письмова заява про настання Страхового Випадку**

6.1. Письмова заява має бути подана Страховику не пізніше, ніж протягом 10 (десяти) календарних днів після настання випадку, який може бути визнаний Страховим Випадком згідно з цією Програмою. У разі наявності поважних причин, що перешкоджають поданню такого повідомлення та які пов'язані зі станом здоров'я Застрахованої Особи або іншими обставинами, Страховик може вимагати підтвердження таких причин шляхом надання Застрахованою Особою/Страхувальником відповідних офіційних документів.

6.2. Всі необхідні документи, інформація та результати обстежень мають бути надані Страховикові у формі, яка ним вимагається. За необхідності Застрахована Особа повинна пройти медичне обстеження на вимогу та за рахунок Страховика. Після отримання тілесних ушкоджень або настання хвороби Застрахована Особа повинна якнайшвидше отримати допомогу кваліфікованого лікаря та ретельно 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 цю Програму не було введено в дію та включено до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у Договорі Страхування або відповідному Додатку до Договору Страхування.

**8. Припинення дії Програми**

8.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, шляхом надання відповідного письмового повідомлення іншій Стороні не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення. У випадку припинення дії Програми за вимогою будь-якої зі Сторін сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику незаробленої частини

додаткової Страхової Премії (якщо така є) згідно з умовами п.7.4 цієї Програми.

8.2. Дія цієї Програми припиняється та Страховик звільняється від своїх відповідних зобов'язань до наступної річниці дії Програми у випадку виконання Страховиком зобов'язань перед 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, якщо:

8.3.1. Застраховану Особу визнано психічно хворою; або

8.3.2. Застрахована Особа вступила до військових наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або

8.3.3. Застрахована Особа стала членом будь-яких допоміжних або цивільних невійськових підрозділів, що допомагають військовим наземним, морським чи повітряним силам будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або

8.3.4. Застрахована Особа досягла шістдесяти п'яти річного віку, якщо інше не передбачено Договором Страхування. В такому випадку дія цієї Програми припиняється у чергову річницю дії цієї Програми після 65 (шістдесят п'ятого) дня народження Застрахованої Особи незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування; або

8.3.5. Страхова Премія за цією Програмою, Програмою страхування основних ризиків або Програмами страхування додаткових 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. Ця Програма як частина Договору Страхування**

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 з ініціативи Страхувальника (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).

9.2. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії зі 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, 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.

**Додаток 1-25**

**Положення про порядок здійснення Страхових Виплат**

**(«Положення»)**

## 1. Загальні умови

1.1. Це Положення визначає строки та умови здійснення Страхової Виплати на випадок дожиття за Договором Страхування, складає невід'ємну частину Договору Страхування, до якого його включено, та застосовується до таких Договорів Страхування за письмовою заявою Застрахованої Особи та за погодженням Страхувальника, якщо це різні особи, що посвідчується відповідним Додатком до Договору Страхування (надалі – «Початок дії Положення»). Це Положення може бути застосовано виключно до Договорів Страхування, що передбачають здійснення Страхової Виплати на випадок дожиття Застрахованої Особи на строк або дожиття Застрахованої Особи до певного віку. Для застосування Положення до Договору Страхування за 30 (тридцять) днів до дати припинення дії такого Договору Страхування, Застрахована Особа має обрати один зі способів здійснення Страхових Виплат, як визначено у пунктах 6.1-6.5, згідно з яким визначатимуться розміри, строки та умови здійснення Ануїтетних виплат, що має бути погоджено зі Страхувальником та Страховиком.

## 2. Визначення

Для цілей цього Положення наведені нижче терміни матимуть такі значення:

2.1. **Одержувач** – фізична особа, яка має право на отримання Страхової Виплати за Договором Страхування та чиє ім'я зазначено у відповідному Додатку до Договору Страхування. Вік Одержувача на момент Початку дії цього Положення для способів здійснення Страхових Випадків згідно з пунктами 6.3-6.5 цього Положення має бути не меншим за мінімальний вік, встановлений Страховиком для застосування цього Положення до Договору Страхування та наведений у заяві про застосування Положення до Договору Страхування.

2.2. **Річниця дії Положення** – дата кожного наступного року, що відповідає даті Початку дії Положення за умови, що Положення є чинним на таку дату. Кожна наступна Річниця дії Положення визначається аналогічно.

2.3. **Гарантований період виплат** - це період від дати набрання чинності Положенням, до дати, зазначеної у відповідному Додатку до Договору Страхування, протягом якого Страховик здійснюватиме виплати згідно з підпунктом 6.4 цього Положення незалежно від того, чи живий Одержувач. Одержувач має право обрати один з варіантів тривалості Гарантованого періоду виплат:

- 10 років;

- 15 років;
- 20 років.

2.4. **Задекларований дохід (задекларована ставка доходу)** - дохід, затверджений та оголошений Страховиком, як дохід, що використовується для розрахунку Негарантованого бонусу. Розрахунок доходу базується на доходності від інвестування технічних (математичних) резервів зі страхування життя.

2.5. **Виплата** – грошова сума, що сплачується у разі настання Страхового Випадку, яким є дожиття Застрахованої Особи на строк або дожиття Застрахованої Особи до певного віку згідно з Правилами Страхування.

2.6. **Ануїтетна Виплата** - це сума ануїтету, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування, що виплачується згідно з умовами цього Положення. Усі послідовні Ануїтетні Виплати сплачуються рівними частинами один раз на місяць, якщо інше не передбачено у відповідному Додатку до Договору Страхування.

**3. Помилкове зазначення віку та статі**

Якщо вік та/або стать Одержувача та, щодо з п.6.5 цього Положення, подружжя Одержувача зазначені у відомостях, наданих Страховику для застосування цього Положення, є такими, що не відповідають дійсності, то Страховик має право в односторонньому порядку змінити розмір наступних Ануїтетних Виплат відповідно до дійсного віку та статі Одержувача та/або подружжя Одержувача, та вимагати повернення неналежно сплачених йому коштів (якщо такі є) у повному обсязі або частково відповідно до умов Договору Страхування та чинного законодавства.

**4. Умови здійснення Виплати**

4.1. Умовою здійснення Виплати згідно з умовами цього Положення є дожиття Одержувача та, щодо пункту 6.5 цього Положення у разі смерті Одержувача, подружжя Одержувача до кожного Місячного терміну дії Положення, визначеного у відповідному Додатку до Договору Страхування, якщо інше не передбачено умовами Договору Страхування.

4.2. Страховик встановлює мінімальний можливий розмір ануїтету, сплачуваного Страховиком згідно з пунктами 6.1-6.5 цього Положення. У разі, якщо розмір розрахованої Ануїтетної Виплати буде меншим, ніж мінімальний можливий розмір ануїтету, Положення не набере чинності, і у цьому випадку Страхову Виплату за таким Договором Страхування буде здійснено однією грошовою сумою. Щодо пункту 6.5 цього Положення мінімальний можливий розмір ануїтету також застосовується до виплати ануїтету подружжю Одержувача.

4.3. Ануїтетну Виплату має бути здійснено не пізніше 5 (п’яти) робочих днів після настання кожної належної дати Ануїтетної Виплати, визначеної

відповідним Додатком до Договору Страхування. Датою здійснення Ануїтетної Виплати вважається дата перерахування такої Виплати Страховиком.

**5. Підтвердження дожиття або настання смерті**

5.1. Одержувач або подружжя Одержувача, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з умовами пункту 6.5 цього Положення, зобов'язаний надавати Страховику підтвердження свого дожиття до кожної Річниці дії Положення без жодних повідомлень з боку Страховика щодо необхідності надання такого підтвердження.

5.2. Страховик має право вимагати одержання такого підтвердження дожиття з меншими інтервалами часу шляхом надсилання письмового запиту Одержувачу або подружжю Одержувача, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з умовами пункту 6.5 цього Положення. Одержувач або подружжя Одержувача, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з умовами пункту 6.5 цього Положення, зобов'язаний надати таке підтвердження Страховику на його першу вимогу.

5.3. Підтвердження дожиття має бути оформлене як декларація на підтвердження продовження права Одержувача або подружжя Одержувача, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з умовами пункту 6.5 цього Положення, одержати таку Виплату згідно з умовами цього Положення. Таку декларацію має бути підписано Одержувачем або подружжям Одержувача, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з умовами пункту 6.5 цього Положення, за присутності нотаріуса або представника Страховика, що наділений відповідними повноваженнями.

5.4. Якщо Страховик не отримає підтвердження дожиття Одержувача або подружжя Одержувача, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з умовами пункту 6.5 цього Положення, протягом 60 (шістдесяти) календарних днів після річниці дії Положення, Страховик має право призупинити будь-які Виплати згідно з умовами цього Положення до отримання належним чином оформленого підтвердження дожиття.

5.5. Для цілей страхування згідно з умовами цього Положення підтвердженням смерті є подання Страховику нотаріально засвідченої копії свідоцтва про смерть.

5.6. В разі здійснення Виплати після смерті Одержувача або подружжя Одержувача, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з умовами пункту 6.5 цього Положення, в зв'язку з тим, що Страховик не був повідомлений про смерть Одержувача або подружжя Одержувача в порядку, визначеному пунктом 5.5 цього Положення, Страховик має право вимагати повернення такої Виплати відповідно до умов цього Положення та чинного законодавства.

**6. Способи здійснення Страхових Виплат**

Одержувач має право обрати один зі способів здійснення Страхових Виплат, наведених у пунктах 6.1-6.5 цього Положення. Вибір способу, порядку здійснення та розміру Страхових Виплат є остаточним і не підлягає зміненню після Початку дії цього Положення:

6.1. **Спосіб I – Ануїтет на строк, сплачуваний обумовленими рівними частинами.** Ануїтетні Виплати здійснюються рівними частинами не частіше одного разу на місяць, як визначено у відповідному Додатку до Договору Страхування згідно з письмовою заявою Одержувача протягом терміну, зазначеного у відповідному Додатку до Договору Страхування.

Якщо суму Виплати неможливо розділити нарівно відповідно до суми обумовлених у відповідному Додатку до Договору Страхування частин, то сума останньої Ануїтетної Виплати збільшиться на суму, розраховану за формулою, затвердженою уповноваженим органом, та її буде сплачено згідно з умовами цього Положення.

У разі смерті Одержувача до дати припинення дії цього Положення, зазначеної у відповідному Додатку до Договору Страхування, особа, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з відповідним законодавством, отримає одноразову виплату у розмірі поточної вартості несплачених майбутніх Ануїтетних Виплат, розрахованої на дату смерті Одержувача з урахуванням гарантованої ставки інвестиційного доходу та збільшеної на суму Негарантованого бонусу, як визначено пунктом 7 цього Положення, розрахованого на дату смерті Одержувача.

У разі, якщо згідно з відповідним законодавством більше, ніж одна особа матиме право на отримання Виплати після смерті Одержувача, суму такої Виплати буде розділено на рівні частини, і кожна з таких осіб отримає відповідну частину Виплати.

6.2. **Спосіб II – Ануїтет на строк, сплачуваний протягом обумовленого терміну**. Ануїтетні Виплати здійснюються не частіше одного разу на місяць протягом терміну, визначеного у відповідному Додатку до Договору Страхування за письмовою заявою Одержувача та у сумі, зазначеній у відповідному Додатку до Договору Страхування.

У разі смерті Одержувача до дати припинення дії цього Положення, зазначеної у відповідному Додатку до Договору Страхування, особа, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з відповідним законодавством, отримає одноразову виплату у розмірі поточної вартості несплачених майбутніх Ануїтетних Виплат, розрахованої на дату смерті Одержувача з урахуванням гарантованої ставки інвестиційного доходу та збільшеної на суму Негарантованого бонусу, як визначено пунктом 7 цього Положення, розрахованого на дату смерті Одержувача.

У разі, якщо згідно з відповідним законодавством більше, ніж одна особа матиме право на отримання Виплати після смерті Одержувача, суму такої Виплати буде розділено на рівні частини, і кожна з таких осіб отримає відповідну частину Виплати.

6.3. **Спосіб III – Довічний ануїтет.** Ануїтетні Виплати здійснюється Одержувачу не частіше одного разу на місяць, поки він залишається живим, що має бути підтверджено згідно з пунктами 5.1-5.3 цього Положення, у розмірі та у порядку, як передбачено відповідним Додатком до Договору Страхування. У випадку смерті Одержувача здійснення будь-яких виплат Страховиком припиняється, і Положення припиняє свою дію.

6.4. **Спосіб IV – Довічний ануїтет, гарантований на певний строк** (із Гарантованим періодом виплат). Ануїтетні Виплати здійснюються Одержувачу не частіше одного разу на місяць, поки він залишається живим, що має бути підтверджено згідно з пунктами 5.1-5.3 цього Положення. Однак, якщо Одержувач помирає до закінчення Гарантованого періоду виплат, визначеного у відповідному Додатку до Договору Страхування, особа, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з відповідним законодавством, отримає одноразову виплату у розмірі поточної вартості несплачених до дати закінчення Гарантованого періоду виплат майбутніх Ануїтетних Виплат, розрахованої на дату смерті Одержувача з урахуванням гарантованої ставки інвестиційного доходу та збільшеної на суму Негарантованого бонусу, розрахованого на дату смерті Одержувача, як визначено пунктом 7 цього Положення.

У разі, якщо згідно з відповідним законодавством більше, ніж одна особа матиме право на отримання Виплати після смерті Одержувача, суму такої Виплати буде розділено на рівні частини, і кожна з таких осіб отримає відповідну частину Виплати.

6.5. **Спосіб V – Довічний ануїтет, який може бути переданий подружжю Одержувача у розмірі 60% від суми Довічного ануїтету.** Ануїтетні Виплати здійснюються Одержувачу не частіше одного разу на місяць, поки він залишається живим, що має бути підтверджено згідно з пунктами 5.1-5.3 цього Положення. Після смерті Одержувача 60% від суми довічного ануїтету сплачуватиметься подружжю Одержувача, чиє ім’я зазначено у Заяві на застосування Положення до Договору Страхування та у відповідному Додатку до Договору Страхування, поки він/вона залишається живою, що має бути підтверджено згідно з пунктами 5.1-5.3 цього Положення.

У разі, якщо смерть подружжя Одержувача настала раніше, ніж смерть Одержувача, то після смерті Одержувача Ануїтетні Виплати не здійснюватимуться і Положення припинить свою дію.

В разі здійснення Ануїтетних Виплат після смерті Одержувача в розмірі 100% у зв’язку з тим, що Страховик не був повідомлений про смерть Одержувача в порядку, визначеному пункті 5.5 цього Положення,

Страховик має право в односторонньому порядку зменшити розмір Ануїтетних Виплат або вимагати їх повернення в повному обсязі або частково відповідно до умов Договору та чинного законодавства на розсуд Страховика.

Обов'язковою умовою для застосування цього способу здійснення Страхової Виплати до Договору Страхування є те, що максимальна різниця у віці Одержувача та подружжя Одержувача на момент Початку дії Положення має відповідати вимогам, встановленим Страховиком та наведеним у Заяві про застосування Положення до Договору Страхування.

**7. Право на Негарантований бонус**

Протягом всього строку дії Положення Одержувач (або, щодо пункту 6.5 цього Положення та після смерті Одержувача, подружжя Одержувача) 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 відповідним Додатком до Договору Страхування. Доля участі Одержувача (або, щодо пункту 6.5 цього Положення та після смерті Одержувача, подружжя Одержувача) 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 Положення діяло протягом року, та базується на середній величині відповідного математичного резерву в цьому році.

Однак, якщо ставка доходу від інвестицій суми математичного резерву є меншою від величини інвестиційного доходу, тоді Негарантований бонус розраховуватися не буде.

Одержувач (або, щодо пункту 6.5 цього Положення та після смерті Одержувача, подружжя Одержувача) має право отримати Негарантований бонус однією грошовою сумою. Негарантований бонус сплачується разом із сумою Ануїтетної Виплати, дата сплати якої є наступною за датою оголошення результатів фінансової діяльності Страховика за попередній календарний рік, але не пізніше, ніж до кінця року, наступного за роком, за який відбувається нарахування Негарантованого бонусу.

Виплата Негарантованого бонусу здійснюється згідно з умовами цього Положення, при цьому Страховик має право утримувати податки та збори, передбачені чинним законодавством України.

**8. Початок і припинення дії Положення**

8.1. Початок дії Положення – 00 год. 01 хв. за київським часом дати, зазначеної у відповідному Додатку до Договору Страхування як дата Початку дії Положення.

8.2. Дія цього Положення припиняється і, відповідно, зобов'язання Страховика зі здійснення Страхової Виплати вважаються виконаними у повному обсязі:

а) щодо пунктів 6.1 і 6.2 цього Положення – у більш ранню з двох дат:

- з дати припинення дії цього Положення, як визначено у відповідному Додатку до Договору Страхування; або

- у разі смерті Одержувача до дати припинення дії цього Положення, як визначено у відповідному Додатку до Договору Страхування, - з дати здійснення одноразової виплати особі, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача;

б) щодо пункту 6.3 цього Положення - з дати смерті Одержувача;

в) щодо пункту 6.4 цього Положення:

- з дати смерті Одержувача, якщо вона настала після закінчення Гарантованого періоду виплат, зазначеного у відповідному Додатку до Договору Страхування; або

- з дати здійснення одноразової виплати особі, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача, якщо смерть Одержувача настала до закінчення Гарантованого періоду виплат, зазначеного у відповідному Додатку до Договору Страхування;

г) щодо пункту 6.5 цього Положення - у більш пізню з двох дат:

- з дати смерті Одержувача; або

- з дати смерті подружжя Одержувача.

**9. Прикінцеві положення**

9.1. Після початку дії цього Положення щодо Договору Страхування виключно наведені нижче положення Правил залишаються чинними:
- Загальних положень (стаття 1 Правил);
- Предмету Договору Страхування (стаття 2 Правил);
- Строку та місці дії Договору Страхування (стаття 8 Правил);
- Порядку і умов здійснення Страхових Виплат (стаття 16 Правил);
- Порядку вирішення спорів (стаття 19 Правил);
- Інших спеціальних умов (пункт 20.2 Правил);
- Термінів, що використовуються у Правилах.

9.2. У разі, якщо Застрахована Особа за Договором Страхування не обрала жодного зі способів здійснення Страхових Виплат, наведених у пунктах 6.1-6.5 цього Положення, або наданої Застрахованою Особою інформації недостатньо для застосування обраного способу здійснення Страхових

Виплат, то Страхову Виплату за таким Договором Страхування буде здійснено однією грошовою сумою.

9.3. Якщо Заяву на застосування Положення до Договору Страхування у формі, визначеній Страховиком, буде подано Застрахованою Особою за Договором Страхування пізніше, ніж за 30 (тридцять) днів до дати закінчення дії Договору Страхування, Страховик залишає за собою право вирішити одноосібно, чи застосовувати Положення до такого Договору Страхування, чи здійснити Страхову Виплату однією грошовою сумою.

9.4. Якщо Застрахована Особа помирає або достроково припиняє дію Договору Страхування до дати закінчення дії Договору Страхування, зазначеної у Страховому Полісі або відповідному Додатку до Договору Страхування, але після дати випуску Додатку до Договору Страхування на посвідчення введення в дію цього Положення, Страхову Виплату за таким Договором Страхування буде здійснено однією грошовою сумою.

9.5. Всі прямо не зазначені в тексті Положення визначення вживаються у значеннях відповідно до умов Правил добровільного страхування життя.

9.6. У випадку, якщо Додаток до Договору Страхування та Заява про спосіб здійснення Страхових Виплат конкретизує, уточнює або доповнює положення Правил, цього Положення, пріоритетну силу мають умови Додатку до Договору Страхування та Заяви про спосіб здійснення Страхових Виплат.

**Додаток 1-26**

**Програма страхування додаткових ризиків**
**Страхування на випадок критичного захворювання дитини**

(«**Програма**»)

## 1. Предмет Страхування

1.1. Положення цієї Програми складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки у тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховому Полісі або Додатку до Договору Страхування.

1.2. Умови цієї Програми доповнюють умови Правил добровільного страхування життя.

1.3. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім'я та по батькові якої зазначені в Договорі Страхування (Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування) відповідно до письмової вимоги Страхувальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом строку дії Договору Страхування.

1.4. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії, розмір та строк сплати якої зазначається у Договорі Страхування.

1.5. Будь-які Страхові Виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з Договором Страхування.

## 2. Перелік Страхових Випадків

2.1. Згідно з цією Програмою, Страховим Випадком є подія, що відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову Виплату, а саме: встановлення діагнозу одного з захворювань або проведення хірургічного втручання, зазначених нижче:

2.1.1. Рак; Апластична анемія; Менінгіт; Глухота (втрата слуху); Доброякісна пухлина головного мозку; Гостра ревматична лихоманка; Хронічний активний вірусний гепатит; Інфікування ВІЛ при переливанні крові; Параліч; Поліомієліт; Ниркова недостатність; Цукровий діабет; Придбані хронічні захворювання серця; Правець; Сліпота (втрата зору); Трансплантація життєво важливих органів, включаючи трансплантацію кісткового мозку; Хірургічне лікування захворювань аорти; Хірургічне втручання на серцевому клапані; Енцефаліт; Епілепсія.

**3. Визначення**

3.1. В даній Програмі використовуються такі визначення:

3.1.1. **Рак:**

Злоякісна пухлина, що характеризується неконтрольованим ростом та розповсюдженням злоякісних клітин, що супроводжується інвазією та деструкцією нормальної тканини та її руйнуванням. Даний діагноз має бути підтверджений результатами гістологічного аналізу на злоякісність, патологоанатомом (патоморфологом) та онкологом. Визначення також включає лейкемію, лімфоми та хворобу Ходжкіна, астроцитоми (зі ступенем злоякісності не нижче 2).

Датою встановлення діагнозу злоякісного новоутворення вважається дата взяття матеріалу для гістологічного дослідження, в разі підтвердження діагнозу. Якщо проведення гістологічного аналізу неможливо з медичних причин, діагноз має бути підтверджений лікарем-онкологом із зазначенням таких причин і результатами додаткових методів дослідження, що дозволили верифікувати діагноз.

Розмір Страхової Виплати становить 100% від Страхової Суми.

**Наведене нижче є виключенням:**

3.1.1.1. Carcinoma in situ, у тому числі (але не обмежуючись) внутрішньоепітеліальна пухлина молочної залози, а також цервікальні новоутворення CIN-1, CIN-2 та CIN-3;

3.1.1.2. Гіперкератоз, базально-клітинна карцинома, сквамозно-клітинна карцинома; меланоми товщиною менше 1 мм за шкалою Бреслоу (Breslow) або менше рівня III за Кларком (Clark), за відсутності метастазів;

3.1.1.3. Ракові пухлини передміхурової залози, віднесені за результатами гістологічного аналізу до класу T1a або T1b за класифікацією TNM, T1N0M0; папілярна карцинома щитовидної залози менше 1 см у діаметрі (у тому числі мультифокальна пухлина з діаметром кожного з вогнищ менше 1 см); папілярна мікрокарцинома сечового міхура (діаметром менше 1 см) і хронічний лімфоцитарний лейкоз у стадії нижче RAI 3;

3.1.1.4. Всі пухлини при наявності ВІЛ-інфекції.

3.1.2. **Апластична анемія:**

Хронічне ураження кісткового мозку, яке проявляється у вигляді анемії, нейтропенії і тромбоцитопенії, підтверджене діагнозом лікаря-гематолога з урахуванням результатів лабораторного дослідження крові (вміст

гранулоцитів менше 500 на мм3, тромбоцитів менше 20 000 мм3), яке вимагає проведення Застрахованій Дитині одного з перерахованих нижче методів лікування:

3.1.2.1. регулярне (щодоби) переливання крові або її компонентів протягом щонайменше 2 (двох) місяців;

3.1.2.2. використання імуносупресорів протягом щонайменше 2 (двох) місяців;

3.1.2.3. документально підтверджена трансплантація (пересадка) кісткового мозку.

Розмір Страхової Виплати залежить від методу лікування та складає 50% від Страхової Суми у випадку проведення лікування методом, зазначеним в пункті 3.1.2.1 та 100% від Страхової Суми у випадку проведення лікування методами, зазначеними в пунктах 3.1.2.2 та 3.1.2.3.

**Наведене нижче є виключенням:**

- виникнення апластичної анемії, як результат лікування інших захворювань;
- спадкова апластична анемія (Фанконі).

3.1.3. **Менінгіт або бактеріальний менінгіт:**

Запалення оболонок головного або спинного мозку, що супроводжується наявністю парезів або паралічів черепно-мозкових нервів або кінцівок, що зберігаються на тлі проведеного лікування протягом щонайменше 3 (трьох) місяців. Цей діагноз має бути підтверджений лікарем-неврологом.

Розмір Страхової Виплати становить 100% від Страхової Суми.

3.1.4. **Глухота (втрата слуху):**

Повна та невідновна втрата слуху на одне або на обидва вуха внаслідок нещасного випадку або хвороби. Цей діагноз має бути підтверджений результатами аудіометрії, засвідчені висновком лікаря-отоларинголога. «Повна втрата слуху» означає, що результат аудіометрії повинен становити не менше +80 Дб на всіх частотах.

Випадок визнається страховим, якщо вік Застрахованої Дитини на момент події, що сталася в результаті хвороби, становить 2 (два) і більш повних років (у разі втрати слуху на одне вухо), або 1 (один) повний рік та більше (у разі втрати слуху на обидва вуха).

Розмір Страхової Виплати становить 25% від Страхової Суми у випадку глухоти на 1 (одне) вухо та 100% від Страхової Суми у випадку глухоти на обидва вуха.

3.1.5. **Доброякісна пухлина головного мозку:**

Доброякісна пухлина головного мозку, що викликала пошкодження тканини мозку та вимагає видалення оперативним шляхом, або, в разі неможливості хірургічного втручання, є причиною парезів або паралічів черепно-мозкових нервів або кінцівок, що тривають протягом щонайменше 3 (трьох) місяців та наявність якої має бути підтверджено лікарем-неврологом або лікарем-нейрохірургом, а також результатами магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ) або будь-яких інших достовірних методів дослідження.

**Наведені нижче хвороби (стани) є виключенням:**

- кісти;
- гранульоми;
- судинні мальформації;
- гематоми;
- пухлини гіпофіза і спинного мозку.

Розмір Страхової Виплати становить 100% від Страхової Суми.

3.1.6. **Гостра ревматична лихоманка:**

Гостра ревматична лихоманка із залученням серця (код захворювання I01 відповідно до Міжнародної класифікації хвороб МКХ-10) з розвитком хронічної серцевої недостатності не нижче 2-го класу (відповідно до класифікації, запропонованої Нью-Йоркською Асоціацією кардіологів NYHA) або не нижче стадії IIA (відповідно до класифікації Василенко-Стражеско), що зберігається на тлі проведеного лікування протягом щонайменше 6 (шість) місяців з дати встановлення діагнозу. Діагноз захворювання має бути підтверджений лікарем-кардіологом (ревматологом).

Страховим випадком не вважається виникнення захворювання, пов'язаного з ураженням серцевих клапанів, діагностованих (виявлених) у Застрахованої Дитини до дати набуття чинності Договору страхування відносно цього критичного захворювання.

Розмір Страхової Виплати становить:

- 100% від Страхової Суми у випадку гострої ревматичної лихоманки з розвитком хронічної серцевої недостатності 3-го або 4-го класу (відповідно до класифікації, запропонованої Нью-Йоркською Асоціацією кардіологів NYHA) або не нижче стадії IIB або III (відповідно до класифікації Василенко-Стражеско);

- 50% від Страхової Суми у випадку гострої ревматичної лихоманки з розвитком хронічної серцевої недостатності 2-го класу (відповідно до класифікації, запропонованої Нью-Йоркською Асоціацією кардіологів NYHA) або не нижче стадії IIA (відповідно до класифікації Василенко-Стражеско).

3.1.7. **Хронічний активний вірусний гепатит:**

Діагноз хронічного активного вірусного гепатиту, який має бути підтверджений лікарем-інфекціоністом за обов'язковою наявністю всіх наступних факторів:

- Зміст у крові рівнів печінкових ензимів АЛТ і АСТ більш ніж у 4 (чотири) рази перевищує фізіологічну норму протягом щонайменше 3 (трьох) місяців з дати встановлення діагнозу;
- Наявність маркерів вірусу гепатиту в організмі протягом щонайменше 6 (шість) місяців з дати встановлення діагнозу.

Страховими випадками не вважаються захворювання вірусом гепатиту А і діагностування вірусного гепатиту у тих осіб, які страждають на гемофілію.

Розмір Страхової Виплати становить 100% від Страхової Суми.

3.1.8. **Інфікування вірусом імунодефіциту людини при переливанні крові:**

Інфікування Застрахованої Особи вірусом імунодефіциту під час переливання крові або її компонентів на території України, США, Канади та країн Європейського союзу. Для здійснення Страхової Виплати необхідно надати письмове підтвердження інфікування від організації, яка здійснювала переливання крові або рішення суду (що набуло законної сили), що підтверджує факт інфікування.

Розмір Страхової Виплати становить 100% від Страхової Суми.

3.1.9. **Параліч:**

Повна та постійна втрата рухової функції як мінімум однієї кінцівки внаслідок захворювання спинного або головного мозку або нещасного випадку, що призвів до ураження спинного або головного мозку.

Цей стан має бути підтверджений фахівцем-неврологом і тривати протягом щонайменше 3 (трьох) місяців.

Страховим випадком не вважається параліч, викликаний травмами, які Застрахована Особа нанесла сама собі.

Розмір Страхової Виплати становить:

- 100% від Страхової Суми у випадку паралічу двох або більше кінцівок;

- 50% від Страхової Суми у випадку паралічу однієї кінцівки.

3.1.10. **Поліомієліт:**

Поліомієліт - інфекційне вірусне захворювання, яке характеризується локальним або поширеним паралічом м'язів внаслідок руйнування клітин передніх рогів спинного мозку або відповідних клітин в стовбурі мозку.

Встановлений діагноз «Поліомієліт» має відповідати наступним критеріям:
- виявлення антигену вірусу поліомієліту у фекаліях/цереброспінальній рідині або наростання титру специфічних антитіл (у 4 рази та більше) в крові;
- параліч м'язів кінцівок або тулуба (включаючи дихальну мускулатуру) тривалістю щонайменше 3 (три) місяці з дати встановлення діагнозу.

Захворювання не вважається Страховим випадком, якщо Застрахована Особа не була первинно вакцинована згідно Національного календаря профілактичних щеплень, який затверджується Наказом МОЗ України.

Розмір Страхової Виплати становить 100% від Страхової Суми.

3.1.11. **Ниркова недостатність:**

Термінальна стадія ниркової недостатності - хронічне невідновне порушення функції обох нирок, в результаті якого було розпочато регулярний гемодіаліз (включаючи перитонеальний діаліз), що триває протягом щонайменше 3 (трьох) місяців, або проведено трансплантацію нирки.

Розмір Страхової Виплати становить 100% від Страхової Суми.

3.1.12. **Цукровий діабет:**

Цукровий діабет 1 (першого) або 2 (другого) типу, який має бути підтверджений лікарем-ендокринологом і вимагав щоденних ін'єкцій інсуліну протягом щонайменше 6 (шести) місяців з дати встановлення діагнозу.

Розмір Страхової Виплати становить 100% від Страхової Суми.

3.1.13. **Набуті хронічні захворювання серця:**

Хронічні захворювання серця, що призвели до порушення функції серця або морфологічної зміни серцевої тканини (клапани серця, міокард, перикард, ендокард) з розвитком хронічної серцевої недостатності не нижче 2-го класу (відповідно до класифікації, запропонованої Нью-Йоркською Асоціацією кардіологів NYHA) або не нижче стадії IIA (відповідно до класифікації Василенко-Стражеско), що зберігається на тлі проведення лікування протягом щонайменше 6 (шести) місяців з дати встановлення діагнозу. Діагноз захворювання має бути підтверджений лікарем-кардіологом.

Страховим випадком не вважається виникнення хронічного захворювання серця у зв'язку з:

- алкогольною чи наркотичною залежністю;
- дефектом міжпередсердної або міжшлуночкової перетинки;
- гострою ревматичною лихоманкою, яка мала місце до дати набуття чинності Договором страхування відносно цього критичного захворювання.

Розмір Страхової Виплати становить:

- 100% від Страхової Суми у випадку розвитку хронічної серцевої недостатності 3-го або 4-го класу (відповідно до класифікації, запропонованої Нью-Йоркською Асоціацією кардіологів NYHA) або не нижче стадії IIB або III (відповідно до класифікації Василенко-Стражеско);

- 50% від Страхової Суми у випадку розвитку хронічної серцевої недостатності 2-го класу (відповідно до класифікації, запропонованої Нью-Йоркською Асоціацією кардіологів NYHA) або не нижче стадії IIA (відповідно до класифікації Василенко-Стражеско).

3.1.14. **Правець:**

Гостре інфекційне захворювання, викликане збудником Clostridium tetani. Подія визнається Страховим випадком при наявності аміотонії і розладу дихання протягом щонайменше 4 (чотирьох) тижнів з дати встановлення діагнозу. Діагноз захворювання має бути підтверджений лікарем-інфекціоністом за результатами стаціонарного обстеження.

Захворювання не вважається Страховим випадком, якщо Застрахована Особа не була первинно вакцинована згідно Національного календаря профілактичних щеплень, який затверджується Наказом МОЗ України.

Розмір Страхової Виплати становить 25% від Страхової Суми.

3.1.15. **Сліпота (втрата зору):**

Повна та невідновна втрата зору на одне або обидва ока внаслідок хвороби або нещасного випадку. Діагноз має бути підтверджений лікарем-офтальмологом та результатами спеціальних методів дослідження.

Подія визнається Страховим випадком, якщо вік Застрахованої Дитини на момент події, що сталася внаслідок хвороби, складає 1 (один) повний рік та більше.

Розмір Страхової Виплати становить:

- 100% від Страхової Суми у випадку сліпоти (втрати зору) на обидва ока;

- 50% від Страхової Суми у випадку сліпоти (втрати зору) на одне око.

3.1.16. **Трансплантація життєво важливих органів, включаючи трансплантацію кісткового мозку:**

Страховим випадком визнається наступне:

- документально підтверджена трансплантація (пересадка) Застрахованій Дитині (або знаходження Застрахованої Дитини як мінімум протягом 6 (шести) місяців в офіційному листі очікування на трансплантацію) одного з наступних органів : серце, легеня, печінка, нирка, підшлункова залоза, внаслідок невиліковної недостатності відповідного органу;
- документально підтверджена трансплантація (пересадка) Застрахованій Дитині кісткового мозку з використанням кровотворних стовбурових клітин після повної екстирпації кісткового мозку.

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

Розмір Страхової Виплати становить 100% від Страхової Суми.

3.1.17. **Хірургічне лікування захворювань аорти:**

Фактично перенесене хірургічне втручання на грудному або черевному відділі аорти з метою корекції аневризми, звуження, обструкції або розшарування, а також хірургічне лікування травматичного розриву аорти. Під терміном «аорта» у даному конкретному випадку прийнято розуміти її грудну та черевну частини, за виключенням гілок аорти.

Малоінвазивні або внутрішньоартеріальні методики, включаючи балонну/лазерну ангіопластику і стентування є виключенням. Хірургічне лікування, яке було необхідне внаслідок хвороби, що виникла через алкогольну або наркотичну залежність не вважається Страховим випадком.

Розмір Страхової Виплати становить 100% від Страхової Суми.

3.1.18. **Хірургічне втручання на серцевому клапані:**

Фактично перенесене хірургічне втручання на відкритому серці з метою корекції набутої патології або заміни серцевих клапанів. Діагноз набутої патології клапанів серця має бути підтверджений результатами катетеризації серця або ехокардіографії. Хірургічне лікування, яке було необхідне внаслідок хвороби, що виникла через алкогольну або наркотичну залежність є виключенням.

Розмір Страхової Виплати становить 100% від Страхової Суми.

3.1.19. **Енцефаліт:**

Запалення тканини мозку (півкуль головного мозку, ствола головного мозку або мозочка), що супроводжується наявністю парезів або паралічів черепно-мозкових нервів або кінцівок, що зберігаються на тлі лікування, яке проводиться протягом щонайменше 3 (трьох) місяців. Діагноз має бути підтверджений лікарем-неврологом.

Розмір Страхової Виплати становить 100% від Страхової Суми.

3.1.20. **Епілепсія:**

Діагноз епілепсії з генералізованими тоніко-клонічними нападами (grand mal), які супроводжуються втратою свідомості, підтверджений лікарем-неврологом і результатами ЕЕГ (електроенцефалографії). Подія визнається Страховим випадком при наявності епілептичних нападів на тлі лікування, що проводиться: не менше 12 (дванадцяти) нападів упродовж 12 (дванадцяти) місяців послідовно з дати встановлення діагнозу.

Розмір Страхової Виплати становить:

- 100% від Страхової Суми у випадку, якщо напади трапляються не рідше ніж 1 раз на 7 днів протягом 12 місяців;
- 25% від Страхової Суми у випадку, якщо протягом 12 місяців сталося не менше ніж 12 нападів.

**4. Розміри Страхової Виплати та Період Очікування**

4.1. Страхова Виплата здійснюється згідно з умовами цієї Програми в розмірі частки від Страхової Суми, встановленої Договором страхування. Розмір частки Страхової суми, що підлягає виплаті у зв'язку з конкретним Страховим Випадком, вказано в пунктах 3.1.1 – 3.1.20 цієї Програми.

4.2. В разі виникнення одного чи декількох захворювань/станів або проведення операцій, зазначених в п. 4.3.1 та п. 4.3.2 цієї Програми, одночасно або послідовно під час усього терміну дії Програми, Страхову Виплату буде здійснено окремо за кожен випадок. Загальна сума Страхових Виплат за цією Програмою протягом усього терміну її дії не може перевищувати 100% від Страхової Суми, зазначеної для цієї Програми в Договорі Страхування, незалежно від кількості Страхових Випадків та Страхових Виплат.

4.3. Страхова Виплата здійснюється тільки якщо Застрахована Особа є живою протягом 30 (тридцяти) календарних днів після:

4.3.1. Дати встановлення діагнозу одного з захворювань, зазначених у пунктах 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.4, 3.1.5, 3.1.6, 3.1.7, 3.1.8, 3.1.9, 3.1.10, 3.1.11, 3.1.12, 3.1.13, 3.1.14, 3.1.15, 3.1.19, 3.1.20 цієї Програми; або

4.3.2. Дати проведення хірургічного втручання у зв'язку з хворобами, зазначеного в пунктах 3.1.16, 3.1.17, 3.1.18 цієї Програми.

**4.4. Обов'язковою умовою здійснення Страхової Виплати є виникнення симптомів захворювання після 90 (дев'яносто) днів з дати початку дії цієї Програми (тобто після закінчення Періоду Очікування).**

4.5. У разі смерті Застрахованої Особи належна їй за умовами цієї Програми, але не одержана нею Страхова Виплата буде здійснена Вигодонабувачам, визначеним у Заяві на страхування 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.

**5. Виключення із Страхових Випадків**

5.1. Додатково до статті 4 «Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування» Правил, Страхова Виплата за цією Програмою не буде здійснюватись в разі, якщо хвороба прямо або опосередковано спричинена:

5.1.1. Вживанням ліків, не призначених лікарем, алкогольним сп'янінням, вживанням наркотичних речовин;

5.1.2. ВІЛ-інфекцією, Синдромом Набутого Імунодефіциту (СНІД), ВІЛ-асоційованим комплексом, окрім інфікування ВІЛ під час переливання крові, як зазначено в пункті 3.1.8, що є Страховим Випадком;

5.1.3. Радіаційним опроміненням, ядерною реакцією, радіоактивним ураженням;

5.1.4. Отруєнням, вдиханням отруйних газів, парів та інших речовин, окрім випадкового отруєння чадним газом (CO, CO2) або іншим летючим продуктом горіння під час пожежі;

5.1.5. Причинами, обставинами, станом здоров'я або захворюванням, що існували до початку дії цієї Програми, окрім вроджених вад та аномалій, що їх було вперше діагностовано під час дії Договору страхування після закінчення періоду очікування.

**6. Письмова заява про настання Страхового Випадку**

6.1.Повідомлення про настання подій, зазначених в пункті 2.1 цієї Програми, повинно бути надано Страховикові в письмовій формі протягом 60 (шістдесяти) днів з дати встановлення відповідного діагнозу або дати проведення хірургічної операції у зв'язку з відповідними хворобами, або з дня виписки у випадку госпіталізації.

6.2. Якщо Застрахована Особа не надає необхідну інформацію без поважних на це причин протягом часу, встановленого в пункті 6.1. цієї Програми, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати.

**7. Медичне обстеження**

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.

**8. Строк дії Програми**

8.1. Ця Програма починає діяти за умови, що Страхова Премія за цією Програмою була сплачена, з 00 годин 01 хвилин за київським часом дня, зазначеного в Договорі Страхування як дата початку дії Програми.

8.2. Застрахованою Особою за цією Програмою може бути особа вікової категорії від 3-х місяців до 23 років, яка на момент набуття чинності Договором Страхування мала вік від 3-х місяців до 17 років.

8.3. Програма автоматично припиняє діяти:

8.3.1. На дату, зазначену в Договорі Страхування як дата закінчення дії Програми;

8.3.2. На дату дострокового припинення дії Програми страхування основних ризиків або набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування;

8.3.3. В разі несплати Страхової Премії протягом Пільгового Періоду;

8.3.4. На дату річниці дії Програми, що слідує за 23-річчям Застрахованої Особи;

8.3.5. Після здійснення Страхової Виплати за цією Програмою в розмірі 100% Страхової Суми (що є незмінною протягом всього терміну дії Програми).

8.4. 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, в такому випадку програма припиняє діяти о 24 годині 00 хвилин за київським часом визначеної дати припинення.

8.5. Програма також припиняє діяти в інших випадках, передбачених законодавством України.

8.6. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата відповідної 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. Сплата будь-яких сум грошових коштів (Страхових Премій) або їх прийняття після припинення дії Програми не призводить до виникнення у Страховика будь-якої відповідальності, за винятком відповідальності з їх повернення.

**9. Надання неповної інформації**

9.1. Застрахована Особа та/або Страхувальник (батько, мати, опікун, піклувальник) зобов'язана повністю та чесно заповнити Заяву на укладання Договору Страхування та відповісти чесно та в повному обсязі на всі письмові питання Страховика, що містяться в Заяві на укладання Договору Страхування або в заяві на поновлення надання страхових послуг.

9.2. Подання свідомо неправдивих відомостей, їх приховування в Заяві на укладання Договору Страхування, заяві на розширення переліку страхових випадків за існуючим Договором Страхування або в заяві на поновлення надання страхових послуг є підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхових Виплат. Договір Страхування, укладений на підставі такої заяви, припиняє свою дію або визнається недійсним з дати початку дії Програми або з дати поновлення надання страхових послуг відповідно. В такому разі зобов'язання Страховика обмежуються зобов'язанням повернути Страхові Премії з початку дії Програми або поновлення надання страхових послуг за вирахуванням будь-яких зобов'язань Страхувальника за Договором Страхування.

9.3. В разі з'ясування Страховиком після отримання заяви про здійснення Страхової Виплати, що причиною Страхового Випадку, був факт, подія, обставина, про які Страховик не дізнався через навмисно неправдиву інформацію, неправдиве свідчення, приховування даних в Заяві про Страхування, заяві на розширення переліку Страхових Випадків за чинним Договором Страхування або в заяві на поновлення надання страхових послуг, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати, дія

Програми достроково припиняється (відповідно до пункту 8.4 Програми) та Страховик зобов'язаний повернути незароблену премію (якщо така є).

**10. Прикінцеві положення**

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

10.1.1. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);

10.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);

10.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);

10.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);

10.1.5. Положення про індексацію для Програм страхування додаткових ризиків (Додаток 1-17) та Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25).

10.2. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою протягом або у разі поновлення її дії. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного 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.

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

**Додаток 1-27**

**Програма страхування додаткових ризиків**
**Страхування на випадок критичних жіночих ризиків**

**(«Програма»)**

## 1. Предмет Страхування

1.1. Положення цієї Програми страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок критичних жіночих ризиків» (надалі - Програма) складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включена така Програма, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховому Полісі або Додатку до Договору Страхування.

1.2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім'я та по батькові якої зазначаються у Договорі страхування (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 та строк сплати якої зазначається у Договорі Страхування.

1.4. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Страховик здійснює Страхову Виплату Застрахованій Особі відповідно до умов цієї Програми та незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з умовами Договору Страхування.

## 2. Визначення

2.1. Термін «***пацієнт***» використовується у Договорі Страхування для визначення особи, яка згідно з даними медичної карти стаціонарного хворого відповідно до стандартів надання медичної допомоги (згідно зі встановленим діагнозом) безперервно перебувала в лікарні в якості стаціонарного хворого протягом не менше ніж 24 (двадцять чотири) години.

2.2. Термін «***лікарня***» використовується у Договорі Страхування для визначення медичного закладу, який:

2.2.1. має ліцензію на надання медичної допомоги та здійснення лікування (якщо така ліцензія вимагається законодавством);
2.2.2. призначений в основному для надання стаціонарної медичної допомоги хворим;

2.2.3. здійснює цілодобово сестринський догляд кваліфікованими медсестрами та має хоча б одного ліцензованого та кваліфікованого (дипломованого та сертифікованого) лікаря;
2.2.4. має в наявності обладнання для діагностики та проведення хірургічного втручання в своїх приміщеннях або в інших пристосованих для цього приміщеннях, орендованих на договірних засадах;
2.2.5. не є медсестринським відділенням лікарні, денним стаціонаром, а також відділенням з надання допомоги пристарілим або видужуючим, де пацієнт отримує головним чином медсестринську допомогу, а також не є за спеціалізацією наркологічним диспансером, будинком відпочинку, санаторієм, профілакторієм, медсестринським або геронтологічним відділенням чи реабілітаційним відділенням тощо;
2.2.6. не є місцем проживання Застрахованої Особи або стаціонаром на дому.

2.3.Термін «***хвороба***» або «***захворювання***» використовується у Договорі Страхування для визначення зміни стану фізичного здоров'я Застрахованої Особи, яка сталася з нею вперше після початку дії цієї Програми та Періоду Очікування.

2.4.Термін «***кваліфікований лікар***» використовується у Договорі Страхування для визначення кваліфікованого (дипломованого та сертифікованого) випускника вищого медичного навчального закладу, який не є Застрахованою Особою або членом її сім'ї, діє у межах своїх посадових обов'язків та своєї ліцензії, виданої на здійснення лікарської діяльності з лікування тілесних ушкоджень або захворювань, які призвели до Страхового Випадку відповідно до цієї Програми.

2.5.Термін «***критичне захворювання***» використовується у Договорі Страхування для визначення раку.

2.6. Термін «***рак***» використовується у Договорі Страхування для визначення злоякісної пухлини жіночих органів, яка характеризується неконтрольованим ростом та поширенням злоякісних клітин з інвазією у нормальну тканину жіночого органу, якщо це не є прямим наслідком метастаз або раку інших органів, які є місцем локалізації первинної пухлини. В цілях цієї Програми до даного поняття не включаються пухлини, які гістологічно означені як доброякісні або неінвазивні, або пухлини з ознаками злоякісних змін у вигляді carcinoma-in-situ, включаючи, але не обмежуючись T1N0M0 карциномою та карциномою молочної залози менше 2 см в діаметрі (окрім випадків, коли з приводу такого діагнозу Застрахованій Особі було проведено операцію з видалення такої пухлини, що мала своїм наслідком видалення молочної залози Застрахованої Особи), дисплазією шийки матки CIN-1, CIN-2 або CIN-3, а також усі пухлини за наявності ВІЛ-інфекції.

2.7.Термін «***жіночий орган***» у Договорі Страхування включає молочні залози, піхву, шийку матки, матку, фаллопієві (маткові) труби та яєчники.

2.8. Терміни «***діагноз» / «діагностування» / «встановлення діагнозу***» використовуються у Договорі Страхування для визначення заключного діагнозу, встановленого кваліфікованим лікарем (згідно з вищенаведеним визначенням) та підтвердженого гістологічним висновком (у випадку критичного захворювання), який свідчить про те, що Застрахована Особа має захворювання або стан, що є Страховим Випадком за цією Програмою, або з Застрахованою Особою сталася інша подія, що також є Страховим Випадком за цією Програмою. На вимогу Страховика, Страхувальник зобов'язаний пройти за рахунок Страховика медичне обстеження у кваліфікованого лікаря, визначеного Страховиком.

2.9. Термін «***медичні стани, що існували до початку дії Договору Страхування***» використовується у Договорі Страхування для визначення захворювань, симптомів, патологічних станів або тілесних ушкоджень, які були наявні у Застрахованої Особи та/або щодо яких Застрахована Особа консультувалась у кваліфікованого лікаря, проходила медичне обстеження або будь-який курс чи форму лікування, або була госпіталізована перед початком дії Договору Страхування, або перед відновленням надання страхових послуг.

2.10. Термін «***період очікування***» використовується в Договорі Страхування для визначення періоду, протягом якого події, що мають ознаки Страхового Випадку, не будуть вважатись таким та не призведуть до здійснення Страхової Виплати.

2.11.Термін «***госпіталізація***» використовується у Договорі Страхування для визначення цілодобового перебування Застрахованої Особи в лікарні на стаціонарному лікуванні за медичними показниками, пов'язаними з ускладненнями під час вагітності. Страховик не визнає перебування у денному стаціонарі та/або амбулаторне лікування Застрахованої Особи госпіталізацією, і, відповідно, не здійснює Страхових Виплат у таких випадках.

2.12.Термін «***важкі ускладнення під час вагітності***» включає в себе наступні ускладнення:

2.12.1. Позаматкова вагітність;

2.12.2. Дисеміноване внутрішньосудинне згортання крові (ДВЗ-синдром);

2.12.3. Мертвонародження;

2.12.4. Пузирний замет (міхурове занесення, молярна вагітність);

2.12.5. Еклампсія (прееклампсія);

2.12.6. Патологічні відхилення в стані плода, аномалії або ураження плода, що призвели до передчасного переривання вагітності;

2.12.7. Самовільний аборт (викидень), передчасні пологи;

2.12.8. Будь-які інші ускладнення вагітності, не перераховані у пунктах 2.12.1 – 2.12.7, що призвели до кесаревого розтину, що потребує госпіталізації до відділення реанімації та інтенсивної терапії протягом більш ніж 48 годин.

**3. Перелік Страхових Випадків**

3.1. Згідно з цією Програмою Страховим Випадком є подія, яка відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову Виплату (з урахуванням умов, зазначених в пункті 7 Програми), а саме:

3.1.1. Рак жіночого органу Застрахованої Особи, який було вперше діагностовано протягом дії цієї Програми;

3.1.2. Розлад здоров’я Застрахованої Особи, що є прямим наслідком раку жіночого органу, який було вперше діагностовано протягом дії цієї Програми та який призвів до госпіталізації Застрахованої Особи;

3.1.3. 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 (з урахуванням положень пункту 5.4. цієї Програми);

3.1.4. Розлад здоров’я Застрахованої Особи внаслідок важких ускладнень під час вагітності, який призвів до госпіталізації Застрахованої Особи (з урахуванням положень пункту 5.4. цієї Програми);

3.1.5. Розлад здоров’я Застрахованої Особи внаслідок важких ускладнень під час вагітності та/або пологів, який призвів до госпіталізації Застрахованої Особи до відділення реанімації та інтенсивної терапії (з урахуванням положень пункту 5.4. цієї Програми);

3.2. Перелік Страхових Випадків та розміри Страхових Сум зазначено в Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.

**4. Умови здійснення Страхової Виплати**

4.1.Страховик здійснює Страхову Виплату у розмірі Страхової Суми, встановленої на випадок раку жіночого органу (п.3.1.1. цієї Програми), розмір якої зазначено в Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування. Така Страхова Виплата здійснюється тільки один раз, якщо встановлено діагноз «рак».

4.2. Страховик також здійснює Страхову Виплату у розмірі Страхової Суми, встановленої на випадок розладу здоров'я Застрахованої Особи у зв'язку з раком жіночого органу, який призвів до госпіталізації (п.3.1.2 цієї Програми), розмір якої зазначено у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування за кожен день госпіталізації, починаючи з 1 (першого) дня та до 30 (тридцятого) дня включно.

Страхова Виплата здійснюється виключно за період госпіталізації, що мала місце впродовж першого року після настання Страхового Випадку, зазначеного у п.3.1.1 цієї Програми, та до дати закінчення дії цієї Програми.

4.3. За Програмою встановлюється Страхова Сума на випадок перебування Застрахованої Особи у зв'язку з раком жіночого органу у відділенні реанімації та інтенсивної терапії лікарні згідно з загальноприйнятим визначенням такого відділу, яка дорівнює Страховій Сумі на випадок госпіталізації у зв'язку з раком жіночого органу (п.3.1.2 цієї Програми), зазначеній у Страховому Полісі або Додатку до Договору Страхування, та сплачується додатково до Страхової Виплати на випадок госпіталізації у зв'язку з раком жіночого органу.

4.4. Послідовні перебування Застрахованої Особи у лікарні (госпіталізації) у зв'язку з раком жіночого органу (п. 3.1.1 Програми) вважаються одним Страховим Випадком за п. 3.1.2 Програми, якщо такі госпіталізації мали місце протягом 12 (дванадцяти) місяців з дати діагностування раку жіночого органу. В такому випадку Страховик здійснить Страхову Виплату за період таких госпіталізацій, але не більше ніж за 30 (тридцять) днів загалом.

4.5. Страховик також здійснить Щомісячну Страхову Виплату у зв'язку з раком жіночого органу, розмір якої зазначено в Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування. Щомісячна Страхова Виплата буде виплачуватись протягом 12 (дванадцяти) місяців з моменту діагностування раку жіночого органу, як визначено у п.3.1.1 цієї Програми. Обов'язковою передумовою здійснення Щомісячної Страхової Виплати є той факт, що Застрахована Особа залишається живою. Якщо Застрахована Особа помирає, здійснення Щомісячної Грошової Страхової Виплати припиняється.

4.6. Страховик також здійснює Страхову Виплату у розмірі Страхової Суми, встановленої на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок важких ускладнень під час вагітності, пологів або такої, що сталася протягом 90

(дев'яносто) днів після народження дитини в результаті важких ускладнень під час пологів (п. 3.1.3 Програми), розмір якої зазначено в Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування (з урахуванням положень пункту 5.4. цієї Програми).

4.7. Страховик також здійснює Страхову Виплату у розмірі Страхової Суми, встановленої на випадок розладу здоров'я Застрахованої Особи внаслідок важких ускладнень під час вагітності, який призвів до госпіталізації Застрахованої Особи (п.3.1.4 цієї Програми), розмір якої зазначено у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування, за умови, що така госпіталізація тривала безперервно не менше ніж 5 (п'ять) днів (120 годин). Страховим випадком визнається лише 1 (одна) госпіталізація протягом 30 днів (з урахуванням положень пункту 5.4. цієї Програми). Максимальна кількість таких виплат протягом 365 днів дії Програми або однієї вагітності не може перевищувати 3 (три), протягом усього терміну дії Програми – 12 (дванадцять).

4.8. Страховик також здійснює Страхову Виплату у розмірі Страхової Суми, встановленої на випадок розладу здоров'я Застрахованої Особи внаслідок важких ускладнень під час вагітності або пологів, який призвів до госпіталізації Застрахованої Особи до відділення реанімації та інтенсивної терапії (п.3.1.5 цієї Програми), розмір якої зазначено у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування за кожен день такої госпіталізації, починаючи з 1 (першого) дня (24 години) включно. У випадку госпіталізації до відділення реанімації або інтенсивної терапії з причини наслідків кесаревого розтину, Страхову Виплату буде здійснено лише у випадку, якщо така госпіталізація тривала не менше 48 годин. Максимальна кількість днів госпіталізації до відділення реанімації та інтенсивної терапії, виплату за якими може бути здійснено протягом 365 днів дії Програми або однієї вагітності – 30 (тридцять) (з урахуванням положень пункту 5.4. цієї Програми).

4.9. 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.

4.10. Здійснення Страхової Виплати в розмірі Страхової Суми для Страхового Випадку, зазначеного в пунктах 3.1.1. – 3.1.5. цієї Програми, а також здійснення Щомісячних Страхових Виплат (п.4.5. цієї Програми), в розмірі, зазначеному в Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування, звільняє Страховика від подальших зобов'язань, пов'язаних із таким Страховим Випадком або його наслідками.

4.11. Страхові Виплати за цією Програмою будуть здійснюватися за умови, що Страховий Випадок настав протягом дії Договору Страхування та в

період надання страхових послуг, та Страхову Премію сплачено згідно з умовами Договору Страхування.

4.12. Страховик має право зменшити розмір Страхової Виплати за Програмою страхування основних ризиків на суму Щомісячних Страхових Виплат, якщо такі виплати були здійснені після смерті Застрахованої Особи, та за умови, що Застрахована Особа не мала права на отримання таких виплат відповідно до умов цієї Програми.

4.13. У разі смерті Застрахованої Особи належна їй за умовами цієї Програми, але не одержана нею Страхова Виплата буде здійснена Вигодонабувачам, 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.

**5. Початок і припинення дії Програми**

5.1. Датою початку дії цієї Програми є дата початку дії Програми страхування основних ризиків, передбаченої Договором Страхування, якщо тільки цю Програму не було введено в дію та включено до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.

5.2. Ця Програма припиняє дію в разі припинення дії Програми страхування основних ризиків, передбаченої Договором Страхування. Припинення дії цієї Програми не впливає на розгляд заяв про здійснення Страхових Виплат та на здійснення Страхових Виплат за Страховими Випадками, які сталися до дати припинення дії цієї Програми.

5.3. Ця Програма також припиняє дію о 24 годині 00 хвилин за Київським часом дати річниці дії цієї Програми, що настає одразу після досягнення Застрахованою Особою віку 65 (шістдесят п’ять) років, якщо інше не передбачено у Договорі Страхування.

5.4. Страхова виплата за Страховими Випадками, зазначеними у пунктах 3.1.3 - 3.1.5 цієї Програми, розповсюджується лише на Застрахованих Осіб віком 18-45 років, максимальний вступний вік яких становить 43 роки на дату початку дії цієї Програми або дату відновлення надання страхових послуг, та припиняє свою дію о 24 годині 00 хвилин за Київським часом дати річниці дії цієї Програми, що настає одразу після досягнення Застрахованою Особою віку 45 (сорок п’ять) років, якщо інше не передбачено у Договорі Страхування.

5.5. 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, в такому випадку програма припиняє діяти о 24 годині 00 хвилин за київським часом визначеної дати припинення.

5.6. Дія цієї Програми припиняється та зобов'язання Страховика припиняються в разі виконання перерахованих нижче умов, зазначених у пунктах 5.6.1 та 5.6.2 або пункту 5.6.3. цієї Програми:

5.6.1. Здійснення Страхової Виплати у розмірі Страхової Суми, встановленої на випадок раку жіночого органу Застрахованої Особи (пункт 3.1.1. Програми);

5.6.2. Здійснення Щомісячної Страхової Виплати, встановленої на випадок раку жіночого органу Застрахованої Особи (пункт 3.1.1. Програми), протягом 12 місяців за умови, що Застрахована Особа залишається живою;

5.6.3. Здійснення Страхової Виплати у розмірі Страхової Суми, встановленої на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок ускладнень під час вагітності, пологів або такої, що сталася протягом 90 (дев'яносто) днів після народження дитини в результаті ускладнень під час пологів (пункт 3.1.3. Програми).

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

5.7.1. Якщо Страхова Премія, термін сплати якої настав, не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду;

5.7.2. Якщо Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Сплаченого Договору Страхування, як передбачено відповідною статтею Правил, або мало місце дострокове припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника, або її дію припинено з інших підстав;

5.7.3. Якщо Застраховану Особу визнано недієздатною у встановленому порядку.

5.8. 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 за період, який починається з моменту припинення дії Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення дії цієї Програми.

**6. Виключення із Страхових Випадків і обмеження страхування**

6.1. Додатково до статті 4 «Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування» Правил не визнаються Страховим Випадком та Страхова Виплата не здійснюється за подіями, прямо або непрямо, частково або повністю спричиненими таким, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:

6.1.1. Вроджені аномалії та їх наслідки і стани, що з них походять;

6.1.2. Хвороби жіночих органів та їх наслідки, що існували до початку дії Програми та до закінчення Періоду Очікування;

6.1.3. Хвороби, спричинені косметичними засобами або пластичною хірургією (молочних залоз);

6.1.4. Захворювання, спричинені хворобами, що передаються статевим шляхом;

6.1.5. Профілактичні, періодичні, щорічні обов'язкові, інші обстеження або перевірки стану здоров'я, коли відсутні об'єктивні ознаки погіршення нормального стану здоров'я за результатами таких обстежень, лабораторних досліджень або рентгенівського обстеження, крім ознак непрацездатності, виявлених під час медичних обстежень, що проводились раніше;

6.1.6. Лікування хвороб, спричинених алкогольною або наркотичною залежністю, або будь-які розлади психіки та нервової системи, або перебування в закладах санаторно-курортного лікування;

6.1.7. Лікування на етапах одужання або періодичні курси відновного лікування в реабілітаційних центрах, центрах здоров'я або оздоровчих закладах, бальнеологічних (періодичні курси відновного лікування) та подібних закладах;

6.1.8.Будь-яке захворювання та/або стан, прямо або непрямо спричинений ВІЛ (Вірусом Імунодефіциту Людини), або захворювання, пов'язане з ВІЛ, та/або на момент настання Страхового Випадку наявність у Застрахованої Особи Вірусу Імунодефіциту Людини (ВІЛ) або Синдрому Імунодефіциту Людини, або ВІЛ-асоційованого комплексу, або будь-яких мутацій або типів ВІЛ;

6.1.9.Будь-яка бактеріальна інфекція (за виключенням гнійної інфекції, що виникла внаслідок випадкового порізу або поранення) (лише для Страхових Випадків, зазначених у пунктах 3.1.1 та 3.1.2 цієї Програми);

6.1.10.Переривання вагітності (аборт) при відсутності медичних показань (лише для Страхових Випадків, зазначених у пунктах 3.1.3 - 3.1.5 цієї Програми);

6.1.11. Вживання лікарських препаратів, не прописаних лікарем (лише для Страхових Випадків, зазначених у пунктах 3.1.3 - 3.1.5 цієї Програми).

**7. Письмова заява про настання Страхового Випадку**

7.1. Письмову заяву має бути надано Страховикові якнайшвидше, але в будь-якому випадку протягом 60 (шістдесяти) днів з дати настання події, що може бути підставою подання заяви на отримання Страхової Виплати за цією Програмою.

7.2. Всі довідки, інформація та підтверджувальні матеріали повинні бути надані у такій формі та такого характеру, як вимагає Страховик. Застрахована Особа зобов'язана на вимогу Страховика пройти за його рахунок медичне обстеження щодо хвороби (захворювання, стану).

Застрахована Особа зобов'язана якнайшвидше після настання хвороби (захворювання, стану) звернутися за консультацією до кваліфікованого лікаря та дотримуватись його рекомендацій. Страховик не несе відповідальності за будь-які наслідки у разі недотримання Застрахованою Особою рекомендацій та призначень кваліфікованого лікаря або незастосування методів або ліків, призначених ним. В такому разі Страховик не буде здійснювати Страхову Виплату.

7.3. Довідка з зазначенням точного діагнозу; виписка (епікриз) з медичної карти стаціонарного хворого, що включає дані анамнезу, результати всіх обстежень, документи щодо перенесених операцій; оригінал медичної карти амбулаторного хворого повинні бути надані Страховику. За необхідності Страховик має право вимагати від Застрахованої Особи надати документи на підтвердження того, що Страховий Випадок не був спричинений жодною з обставин, зазначених у Розділі 6 цієї Програми. Ця умова є обов'язковою для виконання Страховиком свого зобов'язання.

**8. Період Очікування**

8.1. Для Страхових Випадків, зазначених у пунктах 3.1.1 та 3.1.2 цієї Програми, обов'язковою умовою здійснення Страхової Виплати є виникнення симптомів захворювання після 90 (дев'яносто) днів з дати початку дії цієї Програми.

8.2. Для Страхових Випадків, зазначених у пунктах 3.1.3 - 3.1.5 цієї Програми, обов'язковою умовою здійснення Страхової Виплати є виникнення розладів, зазначених в пунктах 3.1.3 - 3.1.5 цієї Програми не раніше, ніж через 10 (десять) місяців з дати початку дії цієї Програми або дати відновлення надання страхових послуг. Втім, Страховим Випадком будуть вважатись розлади, зазначені в пунктах 3.1.3 та/або 3.1.5 що сталися внаслідок передчасних пологів, які мали місце протягом вищевказаного періоду у 10 місяців, у випадку, якщо такі пологи сталися до 37-го тижня

вагітності та на момент заключення Договору Страхування Застрахована особа вагітною не була, про що свідчать відповідні медичні документи.

8.3. Страхова Виплата за Страховими Випадками, зазначеними у пунктах 3.1.1 та 3.1.2 цієї Програми здійснюється тільки за умови, що Застрахована Особа залишається живою щонайменше протягом 30 (тридцяти) днів з дати встановлення діагнозу.

**9. Розміри Страхових Премій, вікові групи та страхові тарифи**

9.1. Розмір Страхової Премії встановлюється Страховиком з урахуванням розміру Страхової Суми та віку Застрахованої Особи.

9.2. Страхові Тарифи цієї Програми протягом періоду страхування залежать від віку Застрахованої Особи на момент укладання та на кожний конкретний рік дії Договору Страхування. Для цієї Програми встановлено такі вікові групи: 18-25, 26-30, 31-35, 36-40, 41-45, 46-50, 51-55, 56-60, 61-64. Страхові Тарифи за цією Програмою не змінюються для Застрахованих Осіб протягом періоду їх віднесення за фактичним віком до певної вікової групи з урахуванням умов пункту 9.5 Програми.

9.3. Для страхування на умовах цієї Програми може бути обраний один з таких Типів Страхових Тарифів:

9.3.1. На 5 (п’ять) років;
9.3.2. На 10 (десять) років;
9.3.3. До досягнення віку 65 (шістдесят п’ять) років - Страховий Тариф, визначений на день початку дії цієї Програми, дійсний до кінця періоду страхування.

9.4. Фактичний вік Застрахованої Особи та страховий тариф. Протягом узгодженого періоду страхування розмір Страхового Тарифу збільшується залежно від фактичного віку Застрахованої Особи таким чином:

9.4.1. Якщо під час укладання Договору Страхування застосовується Страховий Тариф на 5 (п’ять) років згідно з п. 9.3.1 Програми, то він підвищується на кожну 5 (п’яту) річницю дії цієї Програми до розміру, що встановлений для тієї вікової групи, яка відповідає фактичному віку Застрахованої Особи;

9.4.2. Якщо під час укладання Договору Страхування застосовується Страховий Тариф на 10 (десять) років згідно з п. 9.3.2 Програми, то він підвищується на кожну 10 (десяту) річницю дії цієї Програми до розміру, що встановлений для тієї вікової групи, яка відповідає фактичному віку Застрахованої Особи;

9.4.3. Розмір Страхового Тарифу до 65 (шістдесяти п’яти) річного віку згідно з п. 9.3.3 Програми визначається одноразово залежно від віку Застрахованої Особи на початок дії цієї Програми.

9.5. Додатково до положень пунктів 9.2-9.4 цієї Програми Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою протягом або у разі поновлення її дії. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного 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.

**10. Надання неповної інформації**

10.1. Застрахована Особа та/або Страхувальник зобов’язана повністю та чесно заповнити Заяву на укладання Договору Страхування та відповісти чесно та в повному обсязі на всі письмові питання Страховика, що містяться в Заяві на укладання Договору Страхування або в заяві на поновлення надання страхових послуг.

10.2. Подання свідомо неправдивих відомостей, їх приховування в Заяві на укладання Договору Страхування, заяві на розширення переліку страхових випадків за існуючим Договором Страхування або в заяві на поновлення надання страхових послуг є підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхових Виплат. Договір Страхування, укладений на підставі такої заяви, припиняє свою дію або визнається недійсним з дати початку дії Програми або з дати поновлення надання страхових послуг відповідно. В такому разі зобов’язання Страховика обмежуються зобов’язанням повернути Страхові Премії з початку дії Програми або поновлення надання страхових послуг за вирахуванням будь-яких зобов’язань Страхувальника за Договором Страхування.

10.3. В разі з’ясування Страховиком після отримання заяви про здійснення Страхової Виплати, що причиною Страхового Випадку, був факт, подія, обставина, про які Страховик не дізнався через навмисно неправдиву інформацію, неправдиве свідчення, приховування даних в Заяві про Страхування, заяві на розширення переліку Страхових Випадків за чинним Договором Страхування або в заяві на поновлення надання страхових послуг, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати, дія Програми достроково припиняється(відповідно до пункту 5.5 Програми) та Страховик зобов’язаний повернути незароблену премію (якщо така є).

## 11. Прикінцеві положення

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

11.1.1. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);

11.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);

11.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);

11.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);

11.1.5. Положення про індексацію для Програм страхування додаткових ризиків (Додаток 1-17) та Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25).

11.2. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою протягом або у разі поновлення її дії. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного 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.

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

**Додаток 1-28**

**Програма страхування додаткових ризиків**

**Страхування на випадок травм та/або 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 Договорі Страхування (Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування тощо).

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 травмою та/або 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 травм та тілесних ушкоджень.

3.3. В разі отримання Застрахованою Особою декількох травм або ушкоджень, вказаних в різних розділах таблиці, загальний розмір Страхової Виплати розраховується шляхом підсумовування розмірів виплати по різних розділах.

3.4. В разі отримання Застрахованою Особою декількох травм або ушкоджень, вказаних в різних статтях одного розділу, розмір Страхової Виплати по одній статті розраховується незалежно від розміру Страхової Виплати по інших статтях.

3.5. В разі отримання Застрахованою Особою травм або ушкоджень (в т.ч. однієї кінцівки) за декількома пунктами, перерахованими в одній статті, Страхова Виплата здійснюється лише по пункту, що враховує найбільш важке ушкодження (більший відсоток виплати), якщо інше не вказано в примітках до цієї статті. В разі проведення Застрахованій Особі декількох операцій, обумовлених отриманою травмою або ушкодженням, вказаних в одній статті, Виплата здійснюється за операцію, що передбачає найбільший відсоток Виплати.

3.6. В разі отримання Застрахованою Особою травм або ушкоджень різних кінцівок Страхова Виплата розраховується окремо по кожній пошкодженій кінцівці з дотриманням вимог пункту 3 цих умов (цієї Програми).

3.7. Якщо у зв'язку з отриманою травмою проводилися оперативні втручання, Страхова Виплата здійснюється одноразово у відповідності з таблицею і з дотриманням вимог пункту 3.5.

3.8. Не здійснюється додаткова Страхова Виплата за такі оперативні втручання:

- первинна хірургічна обробка (ушивання країв рани, посічення некротичних ділянок);
- видалення чужорідних тіл, шовного матеріалу;

- повторні планові оперативні втручання, пов'язані з видаленням раніше встановлених фіксуючих пластин, штифтів, шурупів, дренажів.

3.9. При переломах і вивихах (підвивихах) кісток, розривах зчленувань (включаючи синдесмози) для вживання відповідних статей Таблиці 4.1. Страховик має право вимагати рентгенологічне підтвердження вказаних пошкоджень.

3.10. Страхова Виплата у зв'язку з вивихом кістки, вправленим медичним працівником без попередньої рентгенографії, може бути проведена лише у виняткових випадках - за наявності підтверджуючого медичного документа, що зазначає причини, через які не могло бути проведене рентгенівське дослідження, містить опис об'єктивних симптомів, характерних для конкретного вигляду вивиху, і методики, що застосовувалася при його вправленні.

3.11. Повторні переломи (рефрактури) однієї і тієї ж кістки, що настали в результаті травми, отриманої в період дії Договору Страхування, дають підставу для Страхової Виплати лише в тому випадку, якщо по представлених рентгенограмах будуть встановлені: 1) зрощення відламків кістки після закінчення лікування попередньої травми, 2) наявність нової лінії (ліній) перелому кістки на рентгенограмах, зроблених після повторної травми.

3.12. При визначенні розміру Страхової Виплати з врахуванням строку безперервного лікування, коли це передбачено відповідною статтею Таблиці 4.1., враховується лише призначене медичним працівником (що має на це право) лікування, тривалість якого відповідає характеру пошкодження (згідно з затвердженим МОЗ підходом до лікування), отриманого Застрахованою Особою, - з періодичним (не рідше за один раз в 10 днів) контролем ефективності лікування (при призначенні на прийом або відвідинах медичним працівником).

3.13. При патологічних переломах і вивихах кісток, Страхова Виплата здійснюється лише в тому випадку, якщо захворювання, що послужило їх причиною, розвинулося і було вперше діагностовано в період дії Договору Страхування. Розмір Страхової Виплати при цьому зменшується на 50% в порівнянні з розміром, передбаченим Таблицею 4.1. для переломів і вивихів здорових кісток (включаючи виплати, пов'язані з їх лікуванням).

3.14. При розрахунку Страхової Виплати встановлюється, що 1% поверхні тіла обстежуваного дорівнює площині поверхні долоні його кисті й пальців. Ця площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом перемноження довжини кисті, що вимірюється від променевозап'ястного суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця на її ширину, що вимірюється на рівні гілок II-V п’ясних кісток (без урахування I пальця).

3.15. Таблиця 4.1. не застосовується і Виплати за цією Програмою не здійснюються в тих випадках, коли факт отримання того або іншого

ушкодження в період дії Договору Страхування встановлений тільки на підставі повідомлень і скарг зацікавлених у виплатах осіб, навіть якщо подібні повідомлення і скарги зафіксовані письмово, в т.ч. в медичних документах.

**4. Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для травм та тілесних ушкоджень**

4.1. Таблиця загальних травм та тілесних ушкоджень:

| **Стаття** | **Травми та тілесні ушкодження внаслідок нещасного випадку** | **Розмір страхової виплати (% від страхової суми)** |
|---|---|---|
| | **Черепно-мозкова травма, нервова система** | |
| 1. | Перелом кісток черепа:<br>а) зовнішньої пластинки кісток склепіння<br>б) склепіння<br>в) основи<br>г) склепіння і основи | <br>5<br>15<br>20<br>25 |
| 2. | Внутрішньочерепні травматичні гематоми:<br>а) епідуральна<br>б) субдуральна, внутрішньомозкова<br>в) епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова) | <br>10<br>15<br>20 |
| 3. | Ушкодження головного мозку:<br>а) струс головного мозку при строку лікування від 7 днів<br>б) струс головного мозку при стаціонарному строку лікування від 14 і більше днів<br>в) забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив при стаціонарному строку лікування не менше 14 днів<br>г) не видалені сторонні тіла порожнини черепа (за винятком шовного і пластичного матеріалу)<br>д) розмізчування речовини головного мозку (без опису симптоматики)<br>**Примітки:**<br>*1. Якщо у зв'язку з черепно-мозковою травмою проводились оперативні втручання на кістках черепу, головному мозку і його оболонках, додатково виплачується 10% від страхової суми, одноразово.*<br>*2. Струс головного мозку має бути підтверджений діагнозом лікаря невропатолога/невролога і наявністю енцефалограми головного мозку.* | <br>3<br>5<br>10<br>15<br>50 |
| 4. | Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що призвело до:<br>а) астенічного синдрому, дистонії, енцефалопатії у дітей віком до 16 років<br>б) арахноідіту, енцефаліту, арахноенцефаліту<br>в) епілепсії<br>г) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки)<br>д) гемі - або парапарезу (парезу обох верхніх або нижніх кінцівок або лівих кінцівок), амнезії (втрати пам'яті)<br>е) моноплегії (паралічу однієї кінцівки)<br>ж) тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення | <br>5<br>10<br>15<br>30<br>40<br>60 |

| | | |
|---|---|---|
| | координації рухів, недоумства (деменції)<br>з) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів<br><br>**Примітки:**<br>1. *Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми нервової системи, вказаними у ст. 4, виплачується за одним з пунктів, який враховує найважчі наслідки травми, у тому випадку, якщо вони встановлені лікувально-профілактичним закладом не раніше 3-х місяців з дня отримання травми та підтверджені довідкою цього закладу. При цьому, страхова виплата здійснюється додатково до страхової виплати, яка була здійснена у зв'язку із страховими випадками, що призвели до ураження нервової системи.*<br>***Загальна сума виплат не може перевищувати 100% страхової суми.***<br>*2. У випадку, коли Страхувальником (Застрахованою особою) подані довідки стосовно лікування з приводу травми і її ускладнень, страхова виплата здійснюється за ст. 1, 2, 3, 5, 6 та ст. 4 шляхом підсумовування.*<br>*3. В разі зниження гостроти зору або зниження слуху внаслідок черепно-мозкової травми страхова виплата здійснюється з урахуванням цієї травми і вказаних ускладнень за відповідними статтями шляхом підсумовування.* | 70<br><br>100 |
| 5. | Периферичне ушкодження одного чи декількох черепно-мозкових нервів<br>**Примітка:** *якщо ушкодження черепно-мозкових нервів настало при переломі основи черепа, то страхова виплата здійснюється за ст. 1. Стаття 5 при цьому не застосовується.* | 10 |
| 6. | Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, кінського хвоста, поліомієліт, без зазначення симптомів:<br>а) Струс спинного мозку при безперервному стаціонарному - строком не менше 7 днів, і амбулаторному лікуванні загальною тривалістю не менше 14 днів<br>б) Забій спинного мозку при безперервному лікуванні загальною тривалістю не менше 28 днів амбулаторного лікування у поєднанні із стаціонарним, тривалість якого склала не менше 14 днів<br>в) здавлення, гематомієлія, поліомієліт<br>г) частковий розрив<br>д) повний перерив спинного мозку<br>**Примітки:**<br>*1. У тому випадку, коли страхова виплата була здійснена за ст. 6 (а, б, в, г), а надалі виникли ускладнення, перелічені у ст. 4, які підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу, то страхова виплата за ст. 4 здійснюється додатково до виплаченої раніше.*<br>*2. Якщо у зв'язку з травмою хребта і спинного мозку проводилися оперативні втручання (окрім постановки люмбального дренажу) додатково виплачується 15% страхової суми одноразово. При постановці люмбального(их) дренажу(ів) виплачується 5% страхової суми одноразово.* | <br>5<br><br>10<br><br>30<br>50<br>100 |

| | | |
|---|---|---|
| 7. | Травматичні неврити на одній кінцівці (за винятком невритів пальцьових нервів) . | 5 |
| 8. | Ушкодження (перерив, поранення) шийного, плечового, поперекового, крижового сплетінь:<br>а) травматичний плексит<br>б) частковий розрив сплетіння<br>в) перерив сплетіння<br>**Примітки:**<br>*1. Статті 7 та 8 одночасно не застосовуються.*<br>*2. Невралгії, невропатії, які виникли у зв'язку з травмою, не дають підстав для отримання страхової виплати.* | <br>10<br>40<br>70 |
| 9. | Перерив нервів:<br>а) гілок променевого, ліктьового або серединного (пальцьових нервів) на кисті<br>б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променевозап'ястного суглоба та передпліччя; малогомілкового та великогомілкового нервів<br>в) двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променевозап'ястного суглоба та передпліччя; малогомілкового та великогомілкового нервів<br>г) одного: пахвового, променевого, ліктьового, серединного на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного і стегнового<br>д) двох і більше: пахвового, ліктьового, серединного на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного і стегнового<br>**Примітка: 1.** *Ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи та кісті не дає підстав для отримання страхової виплати.* | 5<br>10<br>20<br>25<br>40 |
| | **Органи зору** | |
| 10. | Параліч акомодації одного ока. | 15 |
| 11. | Геміанопсія (випадіння половини поля зору одного ока), ушкодження м'язів очного яблука (травматична косоокість, птоз, диплопія). | 15 |
| 12. | Звуження поля зору одного ока:<br>а) неконцентричне<br>б) концентричне | <br>10<br>15 |
| 13. | Пульсуючий екзофтальм одного ока | 10 |
| 14. | Ушкодження ока, яке не призвело до зниження гостроти зору:<br>а) непроникаюче поранення очного яблука, гіфема<br>б) проникаюче поранення очного яблука, опіки II-III ступеня, гемофтальм<br>в) опіки ока (очей) без зазначення ступеня, а також опіки ока (очей) I ступеня | <br>3<br>10<br>1 |

| | | |
|---|---|---|
| | **Примітки:**<br>*1. У випадку, якщо ушкодження, перелічені в ст. 14 призведуть до зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється відповідно до ст. 20. Стаття 14 при цьому не застосовується. Якщо ж у зв'язку з ушкодженням очного яблука здійснювалася страхова виплата за ст. 14, а в подальшому травма призвела до зниження гостроти зору і це дає підставу для здійснення страхової виплати в більшому розмірі, то раніше виплачена сума утримується.*<br>*2. Поверхневі інородні тіла на оболонках ока не дають підстав для отримання страхової виплати.* | |
| 15. | Ушкодження сльозопровідних шляхів одного ока: | |
| | а) які не призвели до порушення функції сльозопровідних шляхів<br>б) які призвели до порушення функції сльозопровідних шляхів | 3<br>7 |
| 16. | Наслідки травми ока:<br>а) кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, хоріоретиніт<br>б) дефект райдужної оболонки, зміщення кришталика, зміна форми зіниці, трихіаз (неправильний ріст вій) , заворот повіка, не видалені сторонні тіла у очному яблуці та тканинах очної ямки, рубці оболонок очного яблука та повік (за винятком шкіри)<br>**Примітки:**<br>*1. Якщо внаслідок однієї травми настає декілька патологічних змін, перелічених у ст. 16, то страхова виплата здійснюється з урахуванням найбільше тяжкого наслідку, одноразово.*<br>*2. У випадку, коли лікар-окуліст не раніше ніж через 3 місяця після травми ока встановить, що мають місце патологічні зміни, які перелічені у статтях 10, 11, 12, 13, 15 б, 16, та зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється з урахуванням всіх наслідків шляхом підсумовування, але не більше ніж 50% за одне око.* | 3<br><br><br><br>10 |
| 17. | Ушкодження ока (очей) , що призвело до повної втрати зору єдиного ока або обох очей, які мали зір не нижче 0,2. | 100 |
| 18. | Видалення внаслідок травми очного яблука сліпого ока. | 10 |
| 19. | Перелам орбіти. | 10 |
| 20. | Зниження гостроти зору. | П. 4.3. |
| | **Органи слуху та органи дихання.** | |
| 21. | Ушкодження вушної раковини, що призвели до:<br>а) переламу хряща<br>б) відсутності до 1/3 частини вушної раковини<br>в) відсутності 1/3-1/2 частини вушної раковини<br>г) відсутності більше 1/2 частини вушної раковини<br>***Примітка.*** *Рішення про здійснення страхової виплати за ст. 21(б, в, г) приймається на підставі даних лікарського огляду, проведеного після загоєння рани. Якщо страхова виплата здійснена за ст. 21, то ст. 58 не застосовується.* | <br>3<br>5<br>7<br>15 |
| 22. | Ушкодження одного вуха, що призвело до зниження слуху:<br>а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м<br>б) шепітна мова на відстані до 1 м | <br>5<br>15 |

| | | |
|---|---|---|
| | в) цілковита глухота (розмовна мова - 0)<br>***Примітка.*** *Рішення про здійснення страхової виплати у зв'язку із зниженням внаслідок травми слуху приймається після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців з дня одержання травми. Після закінчення цього строку застрахована особа направляється до ЛОР-фахівця для визначення наслідків перенесеного ушкодження. В таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з врахуванням факту травми за ст. 23, 24 а (якщо є підстави) .* | 25 |
| 23. | Розрив однієї барабанної перетинки, що настав внаслідок травми, і не призвів до зниження слуху.<br>**Примітки:**<br>*1. Якщо внаслідок травми стався розрив барабанної перетинки та настало зниження слуху, то розмір страхової виплати визначається за ст. 22. Стаття 23 при цьому не застосовується.*<br>*2. Якщо розрив барабанної перетинки настав внаслідок перелому основи черепа (середня черепна ямка), то ст. 23 не застосовується.* | 2 |
| 24. | Ушкодження одного вуха, що призвело до післятравматичного отиту:<br>а) гострого гнійного<br>б) хронічного<br>***Примітка.*** *Страхова виплата за ст. 24 б здійснюється додатково у випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене ЛОР-фахівцем через 3 місяці після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється з урахуванням факту травми за відповідною статтею.* | <br>1<br>5 |
| 25. | Перелом, вивих кісток, хряща носа, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, ґратчастої кістки.<br>***Примітка.*** *Якщо у зв'язку з переломом, вивихом кісток, хряща носа настане його деформація і це буде підтверджено довідкою лікувально-профілактичного закладу та результатами лікарського огляду, то страхова виплата здійснюється за ст. 25 та ст. 58 (якщо є підстави застосування цієї статті) шляхом підсумовування.* | 5 |
| 26. | Ушкодження легені, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмонія, ексудативний плеврит, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини:<br>а) з однієї сторони<br>б) з обох сторін.<br>**Примітки:**<br>*1. Пневмонія, яка розвинулася в період лікування травми або після оперативного втручання, проведеного з приводу травми (за винятком ушкодження грудної клітки та органів грудної порожнини) не дає підстав для здійснення страхової виплати.*<br>*2. Якщо переломи ребер, грудини призвели до ускладнень, передбачених ст. 26, страхова виплата за цією статтею виплачується додатково до ст. 28,ст. 29.* | <br>5<br>10 |
| 27. | Ушкодження грудної клітки та її органів, що призвели до:<br>а) легеневої недостатності (після 3 місяців з дня травми)<br>б) видалення долі, частини легені<br>в) видалення однієї легені | <br>10<br>30<br>50 |

| | | |
|---|---|---|
| | ***Примітка.*** *При здійсненні страхової виплати за статтею 27(б, в) стаття 27 а не застосовується.* | |
| 28 | Перелом грудини. | 5 |
| 29 | Перелом ребер:<br>а) одного ребра<br>б) кожного наступного ребра<br>***Примітки:***<br>*1. При переломі ребер під час реанімаційних заходів страхова виплата здійснюється на загальних підставах.*<br>*2. Перелом хрящової частини ребра дає підставу для здійснення страхової виплати.*<br>*3. Якщо в довідках, одержаних з різних лікувально-профілактичних закладів, буде вказана різна кількість ушкоджених ребер, то страхова виплата здійснюється з врахуванням більшого числа ребер.*<br>*4. Виплата по цій статті не може перевищувати 20%.* | <br>5<br>3 |
| 30 | Проникаючі поранення грудної клітки, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою:<br>а) торакоскопія, торакоцентез, проникаюче поранення без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребувало проведення торакотомії<br>б) торакотомія при відсутності ушкодження органів грудної порожнини<br>в) торакотомія при пошкодженні органів грудної порожнини<br>г) повторні торакотомії (незалежно від їх кількості)<br>***Примітки:*** *1. Якщо у зв'язку з ушкодженням грудної клітки та її органів було проведено видалення легені чи її частини, то страхова виплата здійснюється відповідно до ст. 27; стаття 30 при цьому не застосовується. Статті 30 та 26 одночасно не застосовуються.*<br>*2. Якщо у зв'язку з травмою грудної порожнини проводилися торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, страхова виплата здійснюється з врахуванням найскладнішого втручання, одноразово.* | <br>5<br>10<br>15<br>5 |
| 31. | Ушкодження гортані, трахеї, щитовидного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, які не призвели до порушення функції<br>***Примітка.*** *Якщо у зв'язку з травмою проводилася бронхоскопія, трахеотомія (трахеотомія), то додатково виплачується 5% від страхової суми.* | 5 |
| 32. | Ушкодження гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитовидного хряща, трахеостомія, проведена у зв'язку з травмою, що призвели до:<br>а) сиплості або втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж 3 місяці після травми<br>б) втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж 6 місяців після травми<br>***Примітка.*** *Страхова виплата за ст. 32 здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою за ст. 31. У випадку, якщо страхувальник (застрахована особа) в своїй заяві вказав, що травма призвела до порушення функції гортані або трахеї, то необхідно отримати висновок спеціаліста по закінченню 3 місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється за ст. 31.* | <br>10<br>20 |

| | | |
|---|---|---|
| **Серцево-судинна система.** | | |
| 33. | Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, які не призвели до серцево-судинної недостатності | 25 |
| 34. | Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, які призвели до серцево-судинної недостатності:<br>а) I ступеня<br>б) II-III ступеня<br>***Примітка.*** *Якщо в довідці лікувального закладу не вказана ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата виплачується за ст. 34 а.* | <br>10<br>25 |
| 35 | Ушкодження великих периферичних судин, які не призвели до порушення кровообігу, на рівні:<br>а) плеча, стегна<br>б) передпліччя, гомілки | <br>10<br>5 |
| 36. | Ушкодження великих периферичних судин, які призвели до порушення кровообігу<br>***Примітки:***<br>*1. До великих магістральних судин слід відносити:*<br>*аорту, легеневу, безіменну, сонну артерії, внутрішні яремні вени, верхню та нижню порожнисті вени, а також магістральні судини, які забезпечують кровообіг внутрішніх органів. До великих периферичних судин слід відносити: підключичні, підпахвові, плечові, ліктьові та променеві артерії, підключичні, підпахвові, стегнові та підколінні вени.*<br>*2. Якщо застрахована особа в своїй заяві вказала про те, що травма призвела до порушення функції серцево-судинної системи, то слід одержати висновок спеціаліста.*<br>*3. Страхова виплата за статтями 34, 36 здійснюється додатково, якщо вказані в цих статтях ускладнення травми, встановлені в лікувально-профілактичних закладах по закінченню 3 місяців після травми та підтверджені довідкою цього закладу. Раніше цього строку виплата здійснюється за ст. 33, 35.*<br>*4. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводилися операції з метою встановлення судинного русла, то додатково виплачується 5% від страхової суми.* | 10 |
| **Органи травлення.** | | |
| 37. | Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи:<br>а) перелом однієї кістки, вивих щелепи<br>б) перелом двох і більше кісток або подвійний перелом однієї кіски | <br>5<br>10 |

| | | |
|---|---|---|
| | ***Примітки:***<br>*1. При переломі щелепи, що випадково стався під час стоматологічних маніпуляцій, страхова виплата здійснюється на загальних підставах.*<br>*2. Перелом альвеолярного відростка, що стався при втраті зубів, не дає підстав для здійснення страхової виплати.*<br>*3. Якщо у зв'язку з травмою щелеп, величних кісток проводилося оперативне втручання, то додатково виплачується 5% від страхової суми, одноразово.*<br>*4. При повторних вивихах щелепи страхове відшкодування не сплачується.* | |
| 38. | Звичний вивих щелепи.<br>***Примітка.*** *При звичному вивиху щелепи страхова виплата здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої за ст. 37, якщо це ускладнення сталося внаслідок травми, одержаної в період дії договору страхування, та протягом трьох років після неї. При рецидивах звичайного вивиху щелепи страхова виплата не здійснюється.* | 10 |
| 39. | Ушкодження щелепи, що призвело до відсутності:<br>а) частини щелепи (за винятком альвеолярного відростка)<br>б) щелепи<br>***Примітки:***<br>*1. При здійснені страхової виплати у зв'язку з відсутністю щелепи або її частини врахована і втрата зубів, незалежно від їх кількості.*<br>*2. У тих випадках, коли травма щелепи супроводжувалася пошкодженням інших органів ротової порожнини, страхова виплати визначається з урахуванням цих ушкоджень за відповідними статтями шляхом підсумовування.*<br>*3. При здійснені страхової виплати за ст. 39 додатково страхова виплата за оперативні втручання не здійснюється.* | <br>40<br>80 |
| 40. | Ушкодження язика, ротової порожнини (поранення, опік, відмороження, що призвели до утворення рубців(незалежно від їх розміру) | 3 |
| 41. | Ушкодження язика, що призвели до:<br>а) відсутності кінчика язика<br>б) відсутності дистальної третини язика<br>в) відсутності язика на рівні середньої третини<br>г) відсутності язика на рівні кореня або повної відсутності язика | <br>10<br>15<br>30<br>60 |
| 42. | Ушкодження зубів, що призвело до:<br>а) злам коронки зуба, перелому зуба (коронки, шийки, кореня), вивиху зуба<br>б) втрата 1 зуба<br>в) втрата 2-3 зубів<br>г) втрата 4-6 зубів<br>д) втрата 7-9 зубів<br>е) втрата 10 і більше зубів | <br>1<br>3<br>5<br>10<br>15<br>20 |

| | | |
|---|---|---|
| | ***Примітки:***<br>*1. При переломі чи втраті внаслідок травми зубів з нез'ємними протезами страхова виплата здійснюється з урахуванням втрати лише опорних зубів. При пошкодженні внаслідок травми змінні протезів страхова виплата не здійснюється.*<br>*2. При втраті або переломі молочних зубів у дітей до 5 років страхова виплата здійснюється на загальних підставах.*<br>*3. При втраті зубів та переломі щелепи розмір страхової виплати, яка повинна бути здійснена, визначається за ст. 37 та ст. 42 шляхом підсумовування.*<br>*4. Якщо у зв'язку з травмою зуба була здійснена страхова виплата за ст. 42а, а в подальшому цей зуб був видалений, то із страхової виплати, яка повинна бути здійснена, вираховується раніше здійснена страхова виплата.*<br>*5. Якщо видалений у зв'язку з травмою зуб буде імплантований, страхова виплата здійснюється на загальних підставах за ст. 42. У випадку видалення цього зуба додаткова виплата не проводиться.* | |
| 43. | Ушкодження (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунку, кишечнику, а також езофагогастроскопія, проведена у зв'язку з цими пошкодженнями або з метою видалення сторонніх тіл стравоходу, шлунку, що не призвели до функціональних порушень | 5 |
| 44. | Ушкодження (поранення, розрив, опік) стравоходу, що викликало:<br>а) звуження стравоходу:<br>першого ступеня<br>другого ступеня<br>третього ступеня<br>б) непрохідність стравоходу (при наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу<br>***Примітка.*** *Процент від страхової суми, який підлягає сплаті за ст. 44, визначається не раніше ніж через 6 місяців з дня травми. Раніше цього страхова виплата здійснюється попередньо за ст. 43 і цей процент вираховується при прийнятті остаточного рішення.* | <br><br>25<br>30<br>40<br><br>70 |
| 45. | Ушкодження (поранення, розрив, опік) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що призвели до:<br>а) холециститу, дуоденіту, гастриту, панкреатиту, ентериту, коліту, проктиту, парапроктиту<br>б) рубцевого звуження (деформації) шлунка, кишечнику, задньопрохідного отвору<br>в) спайкової хвороби, стану після операції з приводу спайкової непрохідності<br>г) кишкового свища, кишково - піхвового свища, свища підшлункової залози<br>д) протиприродного заднього проходу (колостоми) | <br><br>5<br><br>10<br>25<br><br>50<br><br>75 |

| | | |
|---|---|---|
| | ***Примітки:***<br>*1. При ускладненнях травми, передбачених у пунктах а), б), в) ст. 45, страхова виплата здійснюється за умови, що ці ускладнення мають місце по закінченню 3 місяців після травми, а передбачені в пунктах г), д) ст. 45 - по закінченню 6 місяців після травми. Вказані ускладнення травми визнаються лише у тому випадку, якщо вони підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу. Раніше цих строків страхова виплата здійснюється за ст. 43 і цей процент не вираховується при прийнятті остаточного рішення.*<br>*2. Якщо внаслідок однієї травми виникнуть ускладнення, перелічені в одному пункті ст.45, страхова виплата здійснюється одноразово. Проте, якщо виникли патологічні зміни, перелічені в різних пунктах, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування, но не більше 100% від страхової суми.* | |
| 46. | Грижа, що утворилась на місці ушкодження передньої черевної стінки, діафрагми або в ділянці післяопераційного рубця, якщо операція проводилась у зв'язку з травмою, або стан після операції з приводу такої грижі.<br>***Примітки:***<br>*1. Страхова виплата за ст. 46 здійснюється додатково до страхової виплати, визначеної у зв'язку з травмою органів живота, якщо вона є прямим наслідком цієї травми.*<br>*2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові та пахово-мошоночні),що виникли внаслідок піднятття важких речей, не дають підстав для здійснення страхової виплати.* | 10 |
| 47. | Ушкодження печінки внаслідок травми чи випадкового гострого отруєння, що призвело до:<br>а) підкапсульного розриву печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатиту, сироваткового гепатиту, що розвинувся безпосередньо у зв'язку з травмою і зберігається більше місяця з моменту травми чи отруєння, гепатозу<br>б) печінкової недостатності | <br><br><br><br>5<br><br>20 |
| 48. | Ушкодження печінки, жовчного міхура, що призвели до:<br>а) ушивання розривів печінки чи видалення жовчного міхура<br>б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура<br>в) видалення частини печінки<br>г) видалення частини печінки та жовчного міхура | <br>15<br>20<br>25<br>35 |
| 49. | Ушкодження селезінки, що призвело до:<br>а) підкапсульного розриву селезінки, що не потребував оперативного втручання<br>б) видалення селезінки | <br>5<br><br>30 |
| 50. | Ушкодження шлунку, підшлункової залози, кишечнику, брижі, що призвели до:<br>а) утворення псевдокісти підшлункової залози<br>б) резекції шлунку, кишечнику, підшлункової залози<br>в) видалення шлунку<br>***Примітка****. При наслідках травми, які перелічені в одному пункті ст.50, страхова виплата здійснюється одноразово. Проте, якщо травма* | <br><br>20<br>30<br>60 |

| | | |
|---|---|---|
| | *різних органів призведе до ускладнень, зазначених в різних пунктах, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.* | |
| 51. | Ушкодження органів живота, у зв'язку з якими проведені:<br>а) лапароскопія (лапароцентез)<br>б) лапаротомія при підозрі на пошкодження органів живота (в тому числі, з лапароскопією, лапароцентезом)<br>в) лапаротомія при пошкодженні органів живота (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)<br>г) повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості)<br>***Примітки:***<br>*1. Якщо у зв'язку з травмою органів живота є підстави для здійснення страхової виплати за ст. 47-50, то ст. 51 (крім пункту г)) не застосовується.*<br>*2. Якщо внаслідок однієї травми будуть ушкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один чи декілька будуть видалені, а інший (інші) ушиті, страхова виплата здійснюється за відповідними статтями та пунктом в) ст. 51, одноразово.*<br>*3. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми будуть ушкоджені органи системи травлення, сечовивідної чи статевої системи (без їх видалення), додатково здійснюється страхова виплата за ст. 55 у розмірі 5%.* | <br>5<br><br>10<br><br>15<br>5 |
| | **Сечовидільна та статева системи.** | |
| 52. | Ушкодження нирки, що призвели до:<br>а) забою нирки, підкапсульного розриву нирки, що не потребував оперативного втручання<br>б) видалення частини нирки<br>в) видалення нирки | <br>5<br><br>30<br>60 |
| 53. | Ушкодження органів сечовидільної системи (нирок, сечоводу, сечового міхура, сечовипускального каналу) , що призвели до:<br>а) циститу, уретриту<br>б) гострої ниркової недостатності, пієліту, пієлоциститу<br>в) зменшення об'єму сечового міхура<br>г) гломерулонефриту, пієлонефриту, звуження сечоводу, сечовипускального каналу<br>д) синдрому тривалого роздавлювання (травматичного токсикозу, краш-синдрому, синдрому розм'ягчення), хронічної ниркової недостатності<br>е) непрохідності сечоводу, сечовипускального каналу, сечостатевих свищів | <br><br>5<br>10<br>15<br><br>25<br><br>30<br>40 |

| | | |
|---|---|---|
| | ***Примітки:***<br>*1. Якщо внаслідок травми настане порушення функції декількох органів сечовидільної системи, процент від страхової суми, що підлягає виплаті, визначається за одним з пунктів ст. 53, що враховує найважчі наслідки ушкодження.*<br>*2. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми, переліченими в ст. 53 (а, в, г, д, е), здійснюється у тому випадку, якщо ці ускладнення мають місце по закінченню 3 місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється за ст. 52 або 55а і цей процент не вираховується при прийнятті остаточного рішення.* | |
| 54. | Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовидільної системи:<br>а) цистостомія<br>б) при підозрі на ушкодження органів<br>в) при ушкодженні органів<br>г) повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (не залежно від їх кількості)<br>***Примітка.*** *Якщо у зв'язку з травмою було проведено видалення нирки або її частини, страхова виплата здійснюється за ст. 52 (б, в). Стаття 54 при цьому не застосовується.* | <br><br>5<br>10<br>15<br><br>5 |
| 55. | Ушкодження органів статевої або сечовидільної системи:<br>а) поранення, розрив<br>б) зґвалтування особи у віці:<br>до 15 років<br>від 15 до 18 років<br>від 18 років і старше<br>***Примітка****. Страхова виплата за пунктом б) ст.55 здійснюється лише після того, як факт згвалтування буде підтверджено вироком суду, що набрав законної чинності. При цьому ця виплата зменшується на суму, яка була виплачена за пунктом а) ст.55.* | <br>5<br><br>50<br>30<br>15 |
| 56. | Ушкодження статевої системи, що призвело до:<br>а) видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка<br>б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члену<br>в) втрати матки у жінок віком:<br>до 40 років<br>від 40 до 50 років<br>від 50 і старше<br>г) втрати статевого, члена, в т.ч. разом з яєчками у чоловіків віком:<br>до 60 років<br>60 років і старше | <br>15<br><br>30<br><br>50<br>30<br>15<br><br>50<br>20 |
| | **М'які тканини** | |
| 57. | Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки, вушних раковин, що призвели після загоювання до:<br>а) утворення рубців, пігментних плям довжиною (діаметром) від 1 до 3 см<br>б) утворення рубців, пігментних плям довжиною 3 см і більше | <br><br>3<br><br>5 |

| | | |
|---|---|---|
| | в) значного порушення косметичного вигляду<br>г) різкого порушення косметичного вигляду<br>д) спотворення.<br>***Примітки:***<br>*1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за забарвленням від оточуючої шкіри, втягнуті або ті, що виступають над її поверхнею, стягують тканини.*<br>*Спотворення – це різка зміна істотного вигляду обличчя людини внаслідок механічного, хімічного, термічного та інших зовнішніх впливів.*<br>*2. Якщо у зв'язку з переломом кісток лицьового черепа зі зміщенням відламків була проведена операція (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, страхова виплата проводиться з урахуванням перелому та післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметичний вигляд в тому чи іншому ступені.*<br>*3. Якщо внаслідок пошкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки утворився рубець або пігментна пляма і у зв'язку з цим була виплачена відповідна страхова виплата, а потім застрахована особа одержала травму, що призвела до утворення нових рубців (пігментних плям), страхова виплата проводиться знову з урахуванням наслідків повторної травми.* | 10<br>15<br>20 |
| 58. | Ушкодження м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що призвели після загоєння до утворення рубців площею:<br>а) від 2,0 кв. см до 5,0 кв. см або довжиною 5 см і більше<br>б) від 5,0 кв. см до 2 % поверхні тіла<br>в) від 2,0 % до 6,0% поверхні тіла<br>г) від 6,0 % до 10,0% поверхні тіла<br>д) від 10,0 % до 15,0% поверхні тіла<br>є) від 15 % та більше<br>***Примітки:***<br>*1. 1% поверхні тіла обстежуваного дорівнює площині поверхні долоні його кисті й пальців. Ця площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом перемноження довжини кисті, що вимірюється від променевозап'ястного суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця на її ширину, що вимірюється на рівні гілок II-V п'ясних кісток (без урахування I пальця).*<br>*2. При визначенні площі рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на місці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри.*<br>*3. Якщо страхова виплата проводиться за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожилків, зшиванні судин, нервів і т. ін.), стаття 58 не застосовується.* | 3<br>5<br>10<br>15<br>20<br>25 |
| 59. | Ушкодження м'яких тканин тулуба, кінцівок, що призвели до утворення пігментних плям площею:<br>а) від 1 % до 2 % поверхні тіла<br>б) від 2% до 10% поверхні тіла<br>в) від 10% і більше<br>***Примітки.*** *Рішення про проведення страхової виплати за статтями* | 3<br>5<br>10 |

| | | |
|---|---|---|
| | *57, 58, 59 приймається з урахуванням даних лікарського огляду, який проведений після загоєння поверхонь ран але не раніше ніж через 1 місяць після травми.*<br>*2. Загальна сума виплат за статтями 58 і 59 не повинна перевищувати 40%.* | |
| 60. | Опікова хвороба<br>***Примітки:*** *страхова виплата за ст. 60 проводиться додатково до страхової виплати, що проводиться у зв'язку з опіком.* | 10 |
| 61. | Ушкодження м'яких тканин:<br>а) невидалені сторонні тіла<br>б) м'язева грижа, післятравматичний періостит, нерозсмоктана гематома площею не менше 2 кв. см<br>в) розрив сухожилка, за винятком пальців кисті, взяття аутотрансплантата, розрив, надрив м'язів<br>***Примітки.***<br>*1. Страхова виплата у зв'язку з нерозсмоктаною гематомою, м'язевою грижею або післятравматичним періоститом виплачується у тому випадку, якщо ці ускладнення травми зафіксовані по закінченню 1 місяця з дня травми.*<br>*2. Рішення про проведення страхової виплати за пунктом б) ст.61 приймається з урахуванням даних лікарського огляду, проведеного не раніше ніж через 1 місяць після травми.* | <br>3<br>5<br><br><br>5 |
| | **Хребет** | |
| 62. | Перелом, переломо-вивих або вивих тіл, дужок, суглобових відростків хребців (за винятком крижів та куприка):<br>а) одного<br>б) двох-трьох | <br><br>10<br>20 |
| | б) чотирьох-шести;<br>в) семи і більше | 30<br>40 |
| 63. | Розрив міжхребцевих зв'язок (при строку лікування не менше ніж 14 днів), підвивих хребців (за винятком куприка).<br>***Примітка:*** *при рецидивах підвивиха хребця страхова виплата не проводиться.* | 5 |
| 64. | Перелом остистого або поперечного відростка:<br>а) одного-двох<br>б) трьох і більше | <br>5<br>10 |
| 65. | Перелом крижів | 10 |
| 66. | Ушкодження куприка:<br>а) підвивих куприкових хребців<br>б) вивих куприкових хребців<br>в) перелом куприкових хребців | <br>3<br>5<br>10 |

| | | |
|---|---|---|
| | ***Примітки:***<br>*1. Якщо у зв'язку з травмою хребта (в тому числі, крижів та куприка) проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово.*<br>*2. У випадку, коли перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, страхова виплата проводиться з урахуванням обох пошкоджень шляхом підсумовування.*<br>*3. У випадку, коли внаслідок однієї травми станеться перелом тіла хребця, ушкодження зв'язок, перелом поперекових або остистих відростків, страхова виплата проводиться за статтею, яка передбачує найважче ушкодження, одноразово.*<br>*4. Ушкодження хребта, що настали без зовнішньої дії - травми, наприклад, що стали наслідком підйому важких речей, не є основою для страхової виплати.* | |
| | **Верхня кінцівка. Лопатка та ключиця.** | |
| 67. | Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально-ключичного, грудинно - ключичного зчленувань:<br>а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного зчленування<br>б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки й розрив одного зчленування, переломо-вивих ключиці<br>в) розрив двох зчленувань й перелом однієї кістки, перелом двох кісток й розрив одного зчленування<br>г) незрощений перелом (псевдосуглоб)<br>***Примітки:***<br>*1. У випадку, коли у зв'язку з ушкодженнями, переліченими у ст. 67, проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово.*<br>*2. У випадку, коли у зв'язку з відкритим переломом не проводилося оперативне втручання, рішення про проведення страхової виплати за ст. 58 приймається за результатами лікарського огляду, проведеного після загоєння рани.*<br>*3. Страхова виплата у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) проводиться у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі по закінченню 6 місяців після травми і підтверджене довідкою цього закладу. Ця виплата є додатковою.* | 5<br>10<br>15<br>15 |
| | **Плечовий суглоб** | |
| 68. | Ушкодження ділянки плечового суглоба (суглобової западини лопатки, головки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, суглобової сумки):<br>а) розрив сухожилків, капсули суглоба, відриви кісткових фрагментів, у тому числі, великого горбика, перелом суглобової западини лопатки, вивих плеча;<br>б) перелом двох кісток, перелом лопатки й вивих плеча;<br>в) перелом плеча (головки, анатомічної, хірургічної шийки) переломо-вивих плеча; | 5<br>10<br>15 |

| | | |
|---|---|---|
| | ***Примітка:*** *у випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 68, страхова виплата проводиться у відповідності з пунктом, який враховує найтяжче ушкодження*. | |
| 69. | Ушкодження плечового поясу, що призвели до:<br>а) звичного вивиху плеча<br>б) відсутності рухів у суглобі (анкілозу)<br>в) “бовтаючогося” плечового суглоба, внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його<br>***Примітки:***<br>*1. Страхова виплата за ст. 69 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки плечового суглоба у випадку, коли перелічені у цій статті ускладнення будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом після закінчення 6 місяців з дня травми й підтверджені довідкою цього закладу.*<br>*2. У випадку, коли у зв'язку з травмою плечового суглоба будуть проведені оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми.*<br>*3. Страхова виплата в разі звичного вивиху плеча проводиться у випадку, коли він настав протягом 3 років після первинного вивиху, що стався під час чинності договору страхування. Діагноз звичного вивиху плеча повинен бути підтверджений лікувальним закладом, в якому проводилося його вправлення. В разі рецидивів звичного вивиху плеча страхова виплата не проводиться.* | 15<br>20<br>40 |
| | **Плече** | |
| 70. | Перелом плечової кістки:<br>а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина), крім ділянки суглобів<br>б) подвійний перелом | <br>15<br>20 |
| 71. | Перелом плечової кістки, що призвів до утворення незрощеного перелому (псевдосуглоба)<br>***Примітки:***<br>*1. Страхова виплата за статтею 71 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв’язку з травмою плеча, якщо вказані ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі по закінченню 9 місяців після травми.*<br>*2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки плеча проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% від страхової суми.* | 20 |
| 72. | Травматична ампутація верхньої кінцівки або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації:<br>а) з лопаткою, ключицею або їх частиною | <br>70 |
| | б) плеча на будь-якому рівні<br>в) єдиної кінцівки на рівні плеча<br>***Примітка:*** *якщо страхова виплата проводиться за статтею 72, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться*. | 60<br>100 |
| | **Ліктьовий суглоб** | |
| 73. | Ушкодження ділянки ліктьового суглоба: | |

| | | |
|---|---|---|
| | а) гемартроз, пронаційний підвивих передпліччя, вивих кістки<br>б) відриви кісткових фрагментів, у тому числі відриви (переломи) надвиростків плечової кістки, черезвиростковий (надвиростковий) перелом плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки<br>в) перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя<br>г) перелом плечової кістки<br>д) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками.<br>***Примітка:*** *у випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 73, страхова виплата проводиться у відповідності з пунктом, який враховує найтяжче ушкодження.* | 3<br>5<br>10<br>15<br>20 |
| 74. | Ушкодження ділянки ліктьового суглоба, що призвело до:<br>а) відсутності рухів у суглобі (анкілозу);<br>б) "бовтаючогося" ліктьового суглобу внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його<br>***Примітки:***<br>*1. Страхова виплата за ст. 74 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки ліктьового суглоба, у тому випадку, коли порушення рухів у цьому суглобі буде встановлено лікувально-профілактичним закладом по закінченню 6 місяців після травми й підтверджене довідкою цього закладу.*<br>*2. У тому випадку, коли у зв'язку з травмою ділянки ліктьового суглоба будуть проведені оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.* | 20<br>30 |
| | **Передпліччя** | |
| 75. | Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, за винятком ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина):<br>а) перелом однієї кістки<br>б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки | 5<br>10 |
| 76. | Незрощений перелом (псевдосуглоб) кісток передпліччя:<br>а) однієї кістки<br>б) двох кісток<br>***Примітки:*** *Страхова виплата за ст. 76 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою передпліччя, якщо це ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичному закладі по закінченні 9 місяців після травми й підтверджене довідкою цього закладу.* | 15<br>20 |
| 77. | Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до:<br>а) ампутації передпліччя на будь-якому рівні<br>б) екзартикуляції у ліктьовому суглобі<br>в) ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя | 50<br>55<br>100 |

| | | |
|---|---|---|
| | ***Примітки:***<br>*1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки передпліччя проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.*<br>*2. Якщо страхова виплата проводиться за статтею 77, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.* | |
| | **Променевозап'ястний суглоб** | |
| 78. | Ушкодження ділянки променевозап'ястного суглоба:<br>а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих головки ліктьової кістки<br>б) перелом двох кісток передпліччя<br>в) перілунарний вивих кисті<br>г) вивих кісток зап'ястя<br>д) переломо-вивих кисті | <br><br>5<br>10<br>7<br>2<br>10 |
| 79. | Ушкодження ділянки променевозап'ястного суглоба, що призвело до відсутності рухів (анкілозу) в цьому суглобі.<br>***Примітки:***<br>*1. Страхова виплата за ст. 79 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки променево-зап'ястного суглоба у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом але не раніше як через 6 місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу.*<br>*2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки променевозап'ястного суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми.* | 15 |
| | **Кисть** | |
| 80. | Перелом кісток зап'ястя, п'ясних кісток однієї кисті:<br>а) однієї кістки (крім човноподібної)<br>б) двох і більше кісток (крім човноподібної)<br>в) човноподібної кістки<br>***Примітки:***<br>*1. Якщо у зв'язку з травмою кисті проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 5% від страхової суми одноразово.*<br>*2. У разі перелому (вивиху) внаслідок однієї травми кісток зап'ястя (п'ясних кісток) та човноподібної кістки страхова виплата проводиться з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування.* | <br>5<br>10<br>10 |
| 81. | Ушкодження кисті, що призвело до:<br>а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї чи декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів)<br>б) втрати всіх пальців, ампутації на рівні п'ясних кісток зап'ястя або променевозап'ястного суглоба<br>в) ампутації єдиної кисті<br>***Примітка:*** *страхова виплата у зв'язку з незрощеним переломом* | <br>10<br><br>65<br>100 |

| | | |
|---|---|---|
| | *(псевдосуглобом) кісток зап'ястя або п'ясних кісток проводиться додатково за ст 81а у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 3 місяці від дня травми й підтверджене довідкою цього закладу.* | |
| | **Пальці кисті. Перший палець** | |
| 82. | Ушкодження пальця, що призвело до:<br>а) відриву нігтьової пластинки<br>б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків) розгиначів/згиначів пальця, сухожилкового, суглобового, кісткового панариція<br>***Примітки:***<br>*1. Гнійне запалення біля нігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для проведення страхової виплати.*<br>*2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилків, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилковим панаріцієм проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3 % від страхової суми одноразово.*<br>*3.У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 82, страхова виплата проводиться у відповідності з пунктом, який враховує найтяжче ушкодження.* | 1<br>3 |
| 83. | Ушкодження пальця, що призвели до:<br>а) відсутності рухів в одному суглобі<br>б) відсутності рухів у двох суглобах<br>***Примітки:*** *Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції І пальця проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з його травмою, в тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу.* | 10<br>15 |
| 84. | Пошкодження пальця, що призвело до:<br>а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги<br>б) ампутації на рівні нігтьової фаланги<br>в) ампутації на рівні між фалангового суглоба (втрати нігтьової фаланги)<br>г) ампутації на рівні основної фаланги, п'ясно-фалангового суглоба (втрата пальця)<br>д) ампутації пальця з п'ясною кісткою або її частиною<br>***Примітка:*** *якщо страхова виплата проведена за ст. 84, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадиться.* | 5<br>10<br>15<br>20<br>25 |
| | **Другий, третій, четвертий, п'ятий пальці** | |
| 85. | Ушкодження одного пальця, що призвело до:<br>а) відриву нігтьової пластинки<br>б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків) розгиначів/згиначів пальця, сухожилкового, суглобового, кісткового панариція | 1<br>3 |

| | | |
|---|---|---|
| | ***Примітки:***<br>*1. Гнійне запалення біля нігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для проведення страхової виплати.*<br>*2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилків, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилковим панарицієм пальця (пальців) проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3 % від страхової суми одноразово.*<br>*3 У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 85, страхова виплата проводиться у відповідності з пунктом, який враховує найтяжче ушкодження.* | |
| 86. | Ушкодження пальця, що призвело до:<br>а) відсутності рухів у одному суглобі<br>б) відсутності рухів у двох або трьох суглобах пальця<br>***Примітка:*** *страхова виплата у зв'язку з порушенням функції пальця проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з його травмою, у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми, та підтверджена довідкою цього закладу.* | 5<br>7 |
| 87. | Ушкодження пальця, що призвело до:<br>а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги<br>б) ампутації на рівні нігтьової фаланги, втрати фаланги<br>в) ампутації на рівні середньої фаланги, втрати двох фаланг<br>г) ампутації на рівні основної фаланги, втрати пальця<br>д) втрати пальця з п'ясною кісткою або частиною її<br>***Примітки:***<br>*1. Якщо страхова виплата проведена за ст. 87, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадиться.*<br>*2. При ушкодженні декількох пальців в період чинності одного договору страхування страхова виплата проводиться з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування. Проте розмір її не повинен перевищувати 65% для однієї кисті та 100 % для обох кистей.* | 3<br>5<br>7<br>10<br>15 |
| | **Таз** | |
| 88. | Ушкодження таза:<br>а) перелом однієї кістки<br>б) перелом двох кісток або розрив одного зчленування, подвійний перелом однієї кістки<br>в) перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох зчленувань<br>***Примітка****: якщо у зв'язку з переломом кісток таза або розривом зчленувань проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.* | 5<br>10<br>15 |
| 89. | Ушкодження таза, що призвели до відсутності рухів у тазостегнових суглобах:<br>а) у одному суглобі<br>б) у двох суглобах<br>***Примітка:*** *страхова виплата у зв'язку з порушенням функції тазостегнового суглоба (суглобів) проводиться за ст. 89 додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою таза, у тому* | 20<br>40 |

| | | |
|---|---|---|
| | *випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми і підтверджена довідкою цього закладу.* | |
| | **Нижня кінцівка.**<br>**Тазостегновий суглоб** | |
| 90. | Ушкодження тазостегнового суглоба:<br>а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів)<br>б) ізольований відрив вертела (вертелів), черезвертельний (міжвертельний) перелом стегна<br>в) вивих стегна<br>г) перелом головки, шийки, проксимального метафіза стегна<br>***Примітки:***<br>*1. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження тазостегнового суглоба, страхова виплата проводиться у відповідності до одного з пунктів, який передбачає найважчі ушкодження.*<br>*2. Якщо у зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.* | 5<br>10<br>10<br>25 |
| 91. | Ушкодження тазостегнового суглоба, що призвели до:<br>а) відсутність рухів (анкілозу)<br>б) незрощеного перелому шийки стегна<br>в) ендопротезування<br>г) “бовтаючогося” суглоба внаслідок резекції головки стегна<br>***Примітки:***<br>*1. Страхова виплата у зв'язку з ускладненнями, переліченими у ст. 91, проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою суглоба.*<br>*2. Страхова виплата за ст. 91б проводиться у тому випадку, коли це ускладнення буде встановлено у лікувальному закладі, але не раніше як через через 9 місяців з дня травми й підтверджено довідкою цього закладу.* | 20<br>25<br>30<br>35 |
| | **Стегно** | |
| 92. | Перелом стегна:<br>а) на будь-якому рівні, за винятком ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина)<br>б) подвійний перелом стегна | 20<br>30 |
| 93. | Перелом стегна, що призвів до утворення незрощеного перелому<br>***Примітки:***<br>*1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки стегна проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.*<br>*2. Страхова виплата за ст. 93 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 9 місяців від дня травми й підтверджене довідкою цього закладу.* | 30 |

| | | |
|---|---|---|
| 94. | Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації кінцівки на будь-якому рівні стегна:<br>а) однієї кінцівки<br>б) єдиної кінцівки<br>***Примітка:*** *якщо страхова виплата була проведена за ст. 94, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.* | <br>70<br>100 |
| | **Колінний суглоб** | |
| 95. | Ушкодження ділянки колінного суглоба:<br>а) гемартроз, вивих надколінника<br>б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), перелом головки малогомілкової кістки, пошкодження меніска<br>в) перелом: надколінника, міжвиросткового підвищення, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки, виростків стегна, черезвиростковий (надвиростковий) перелом стегна, розрив зв'язок, що вимагав оперативного лікування<br>г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з головкою малогомілкової<br>д) вивих гомілки<br>є) перелом дистального метафіза стегна<br>ж) перелом дистального метафіза, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток<br>***Примітки:***<br>*1. При поєднанні різних ушкоджень колінного суглоба, страхова виплата проводиться одноразово у відповідності до одного з пунктів ст. 95, що передбачає найтяжче ушкодження.*<br>*2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки колінного суглоба проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.* | <br>3<br>5<br>10<br>15<br>15<br>20<br>25 |
| 96. | Ушкодження ділянки колінного суглоба, що призвело до:<br>а) відсутності рухів у суглобі<br>б) “бовтаючогося” колінного суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його<br>в) ендопротезування<br>***Примітка:*** *страхова виплата за ст. 96 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою цього суглоба.* | <br>20<br>25<br>30 |
| | **Гомілка** | |
| 97. | Перелом кісток гомілки (за винятком ділянки суглобів) :<br>а) малогомілкової, відриви кісткових фрагментів<br>б) великогомілкової, подвійний перелом малогомілкової<br>в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової | <br>5<br>10<br>15 |

| | | |
|---|---|---|
| | ***Примітки:***<br>*1. Страхова виплата за ст. 97 визначається при:*<br>*- переломах малогомілкової кістки у верхній і середній третині;*<br>*- переломах діафіза великогомілкової кістки на будь-якому рівні;*<br>*- переломах великогомілкової кістки в ділянці діафіза (верхня, середня, нижня третина) та переломах малогомілкової кістки у верхній або середній третині*<br>*2. Якщо внаслідок травми настав внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки у колінному або гомілковоступневому суглобі і перелом малогомілкової кістки на рівні діафіза, страхова виплата проводиться за статтями 95 та 97 або статтями 100 та 97 шляхом підсумовування.* | |
| 98. | Перелом кісток гомілки, що призвів до незрощеного перелому, псевдосуглоба (за винятком кісткових фрагментів):<br>а) малогомілкової кістки<br>б) великогомілкової кістки<br>в) обох кісток<br>***Примітки:***<br>*1. Страхова виплата за ст. 98 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з переломом кісток гомілки, якщо такі ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 9 місяців від дня травми й підтверджені довідкою цього закладу.*<br>*2. Якщо у зв'язку з травмою гомілки проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.* | <br>5<br>15<br>20 |
| 99. | Травматична ампутація або ушкодження, що призвело до:<br>а) ампутації гомілки на будь-якому рівні<br>б) екзартикуляції в колінному суглобі<br>в) ампутації єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки<br>***Примітки:*** *якщо страхова виплата була проведена у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не провадиться.* | <br>50<br>60<br>100 |
| | **Гомілковоступневий суглоб** | |
| 100. | Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба:<br>а) перелом однієї щиколотки, заднього краю великогомілкової кістки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу<br>б) перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки<br>в) перелом обох щиколоток з краєм великогомілкової кістки | <br>5<br>10<br>15 |

| | | |
|---|---|---|
| | ***Примітки:***<br>*1. При переломах кісток гомілковоступневого суглоба, які супроводжувались розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) ступні, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.*<br>*2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки гомілковоступневого суглоба проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 5 % віл страхової суми одноразово.* | |
| 101. | Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба, що призвело до:<br>а) відсутність рухів у гомілковоступневому суглобі<br>б) "бовтаючогося" гомілковоступневого суглоба (внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його)<br>в) екзартикуляції в гомілковоступневому суглобі.<br>***Примітка****: якщо в результаті травми гомілковоступневого суглобу сталися ускладнення, що перераховані в ст. 101, страхова виплата проводиться за одним з пунктів, що враховує найбільш тяжкий наслідок.* | <br>20<br>25<br>30 |
| 102. | Ушкодження ахіллова сухожилка:<br>а) при консервативному лікуванні<br>б) при оперативному лікуванні | <br>5<br>15 |
| | **Стопа** | |
| 103. | Ушкодження стопи:<br>а) перелом, вивих однієї кістки (за винятком п'яткової і таранної)<br>б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки<br>в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яткової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих в поперековому суглобі стопи (Шопара) або передплюсне-плюсньовому суглобі (Лісфранка)<br>***Примітки:***<br>*1. Якщо у зв'язку з переломом або вивихом кісток або розривом зв'язок стопи проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.*<br>*2. При переломах або вивихах кісток стопи, які настали внаслідок різних травм, страхова виплата проводиться з урахуванням факту кожної травми.* | <br>5<br>10<br>15 |
| 104. | Ушкодження стопи, що призвело до:<br>а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї-двох кісток (за винятком п'яткової і таранної кісток)<br>б) незрощеного перелому (псевдосуглоба) трьох і більше кісток, а також таранної або п'яткової кісток<br>в) артродез підтаранного суглоба, поперекового суглоба переплюсни (Шопара) або передплюсне-плюсньового (Лісфранка)<br>ампутації на рівні:<br>г) плюсне-фалангових суглобів (відсутності всіх пальців стопи)<br>д) плюснових кісток або передплюсни<br>є) таранної, п'яткової кісток (втрати стопи)<br>***Примітка:***<br>*страхова виплата у зв'язку з ускладненнями травми стопи,* | <br>5<br>15<br>20<br><br>30<br>40<br>50 |

| | | |
|---|---|---|
| | *передбаченими пунктами а), б) в) ст.104, проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою стопи, у тому випадку, коли вони будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми і підтверджені довідкою цієї установи, а за пунктами г), д), є) - незалежно від строку, що минув після травми.* | |
| | **Пальці стопи** | |
| 105. | Перелом, вивих фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків):<br>а) одного пальця<br>б) двох-трьох пальців<br>в) чотирьох-п'яти пальців<br>***Примітка:*** *якщо у зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилків пальця проводились оперативні втручання, додатково виплачується* 3 *% від страхової суми одноразово.* | <br>3<br>5<br>10 |
| 106. | Травматична ампутація або ушкодження пальців стопи, що призвело до ампутації:<br>першого пальця<br>а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба<br>б) на рівні основної фаланги або плюсне-фалангового суглоба<br>другого, третього, четвертого, п'ятого пальців<br>в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг<br>г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів<br>д) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг<br>є) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів<br>***Примітки:***<br>*1. У тому випадку, коли страхова виплата проводиться за ст. 106, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводяться.*<br>*2. Якщо у зв'язку з травмою була проведена ампутація пальця з плюсновою кісткою або її частиною, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.* | <br><br>5<br>10<br><br>5<br><br>10<br>15<br><br>20 |
| 107. | Ушкодження, що призвело до:<br>а) утворення лігатурних свищів<br>б) лімфостазу, тромбофлебіту, порушення трофіки<br>в) остеомієліту, в тому числі гематогенного остеомієліту<br>***Примітки:***<br>*1. Стаття 107 застосовується у тому випадку, коли ці ускладнення встановлені не раніше як через 6 місяців від дня травми (за винятком ушкодження великих периферичних судин і нервів). При гематогенному остеомієліті страхова виплата проводиться після пред'явлення довідки ф.№195.*<br>*2. Гнійні запалення пальців стоп не дають підстав для проведення страхової виплати.* | <br>3<br>5<br>10 |
| 108. | Травматичний шок, опіковий, геморагічний, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою.<br>***Примітка:*** *страхова виплата за статтею 108 проводиться додатково* | 5 |

| | | |
|---|---|---|
| | *до виплат, проведених у зв'язку з травмою.* | |
| 109. | Випадкове гостре отруєння, асфіксія (ядуха), кліщовий енцефаліт (енцефаломіеліт), ураження електрострумом (атмосферною електрикою), укуси змій, отруйних комах, правець, ботулізм (при відсутності даних про ураження внаслідок вказаних подій конкретних органів) при стаціонарному лікуванні:<br>а) 3-10 днів<br>б) 11 -20 днів<br>в) 21 і більше днів<br>***Примітка:*** *якщо внаслідок страхових подій, вказаних у ст. 109, виникнуть ушкодження (захворювання) будь-яких органів, додатково проводиться страхова виплата за відповідними статтями Таблиці з урахуванням встановлених в них строків.* | <br><br><br><br><br>5<br>7<br>10 |
| | **Відмороження** | |
| 110. | Загальне охолодження організму (шок):<br>а) на повітрі<br>б) на воді | <br>5<br>10 |
| 111. | Відмороження:<br>а) I ступеня площею понад 2 кв. см<br>б) II ступеня площею понад 2 кв. см<br>в) III ступеня<br>г) IV ступеня<br>***Примітка:*** *У випадку, якщо внаслідок відмороження здійснюється ампутація (відторгнення) будь-якого ушкодженого органу, виплата страхового відшкодування окремо за ст.111 не здійснюється.* | <br>1<br>3<br>7<br>10 |
| 112. | Ускладнення при III- IV ступені відмороження:<br>- місцевого характеру:<br>а) ранева інфекція (анаеробна, гнилістна, гнойна)<br>б) ішемія кінцівки (нітроваскуліт, зміна тактильної чутливості)<br>- загального характеру:<br>в) пневмонія<br>г) сепсис<br>д) емболія | <br><br>7<br>10<br><br>10<br>20<br>10 |
| | є) гострий міоглобінурійний невроз | 10 |

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

| | **Термічні та хімічні опіки** | |
|---|---|---|
| 113. | Поверхові ушкодження (I, II, III, IIIA ступеня) до 12 % поверхні тіла | |
| | а) поверхові ушкодженні I, II ступеня від 1% до 6 % поверхні тіла та III, III А ступеня до 1 % поверхні тіла | 1 |
| | б) поверхові ушкодження I, II ступеня від 6% до 12 % поверхні тіла та III, III А ступеня від 2 % до 6% поверхні тіла | 3 |
| | в) поверхові ушкодження III,III А ступеня від 6% до 12% поверхні тіла | 5 |
| 114. | Глибокі ушкодження (IIIБ, IV ступеня) на площі до 6 % поверхні тіла | 5 |
| 115. | Ушкодження площею від 13 % до 20 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) до 10 % поверхні тіла | 10 |
| 116. | Ушкодження площею від 21 % до 59 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) до 40 % поверхні тіла | 25 |
| 117. | Ушкодження площею від 60 % і більше поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) від 40 % поверхні тіла та більше | 45 |
| | *Примітка: страхова виплата по опіковій хворобі наведена у ст. 60 | |
| 118. | Страховий випадок, що стався з застрахованою особою в період чинності договору страхування, і не передбачений цією Таблицею, але при цьому вимагалося стаціонарне і (або) амбулаторне безперервне лікування в цілому не менше ніж 3 дні.<br><br>За кожний наступний день понад 3 дня - 0,1% за кожний день, але не більш ніж 5% | 0,2 |
| ***Примітка:*** *отримання внаслідок травми рани до 2 кв. см та глибиною до підшкірної клітковини не дає підстав для здійснення страхової виплати.* | | |

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** | | **Розмір страхової виплати, %** | **Гострота зору** | | **Розмір страхової виплати, %** |
|---|---|---|---|---|---|
| **до травми** | **після травми** | | **до травми** | **після травми** | |
| 1.0 | 0.9 | 3 | 0.6 | 0.5 | 5 |
| | 0.8 | 5 | | 0.4 | 7 |
| | 0.7 | 7 | | 0.3 | 10 |
| | 0.6 | 10 | | 0.2 | 12 |
| | 0.5 | 12 | | 0.1 | 15 |
| | 0.4 | 15 | | нижче 0,1 | 20 |
| | 0.3 | 20 | | 0.0 | 25 |
| | 0.2 | 25 | | | |
| | 0.1 | 30 | 0.5 | 0.4 | 5 |
| | нижче 0,1 | 40 | | 0.3 | 7 |
| | 0.0 | 50 | | 0.2 | 10 |
| 0.9 | 0.8 | 3 | | 0.1 | 12 |
| | 0.7 | 5 | | нижче 0,1 | 15 |
| | 0.6 | 7 | | 0.0 | 20 |
| | 0.5 | 12 | | | |
| | 0.4 | 15 | 0.4 | 0.3 | 5 |
| | 0.3 | 20 | | 0.2 | 7 |
| | 0.2 | 25 | | 0.1 | 10 |
| | 0.1 | 30 | | нижче 0,1 | 15 |
| | нижче 0.1 | 40 | | 0.0 | 20 |
| | 0.0 | 50 | | | |
| 0.8 | 0.7 | 3 | 0.3 | 0.2 | 5 |
| | 0.6 | 5 | | 0.1 | 7 |
| | 0.5 | 10 | | нижче 0,1 | 10 |
| | 0.4 | 15 | | 0.0 | 20 |
| | 0.3 | 20 | | | |
| | 0.2 | 25 | 0.2 | 0.1 | 5 |
| | 0.1 | 30 | | нижче 0,1 | 10 |
| | нижче 0,1 | 40 | | 0.0 | 20 |
| | 0.0 | 50 | | | |
| 0.7 | 0.6 | 3 | 0.1 | нижче 0,1 | 10 |
| | 0.5 | 5 | | 0.0 | 20 |
| | 0.4 | 10 | | | |
| | 0.3 | 15 | нижче 0.1 | 0.0 | 20 |
| | 0.2 | 20 | | | |
| | 0.1 | 25 | | | |
| | нижче 0,1 | 30 | | | |
| | 0.0 | 40 | | | |

***Примітки:***
*1. До повної сліпоти (0,0) прирівнюється гострота зору нижче 0,01 і до світловідчуття (рахування пальців біля обличчя).*
*2. При видаленні внаслідок травми очного яблука, що забезпечувало зір до ушкодження, а також його зморщуванні, додатково виплачується 10 % страхової суми*

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. 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;

4.3.1.2. 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 (якщо інше не передбачено Договором Страхування);

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. Порушення Застрахованою Особою правил техніки безпеки праці, правил протипожежної безпеки, правил дорожнього руху;

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. Участь у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;

5.3.4. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності, а також несприятливі наслідки діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов’язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу Страхового Випадку, який стався в період дії Договору страхування;

5.4. Страхову Виплату буде здійснено за умови, що Страховий Випадок мав місце протягом дії цієї Програми.

**6. Письмова заява про настання Страхового Випадку**

6.1. Письмова заява має бути подана Страховику не пізніше, ніж протягом 3 (трьох) календарних днів після настання випадку, який може бути визнаний Страховим Випадком згідно з цією Програмою, якщо інше не передбачено Договором страхування. У разі наявності поважних причин, що перешкоджають поданню такого повідомлення та які пов’язані зі станом здоров’я Застрахованої Особи або іншими обставинами, Страховик може вимагати підтвердження таких причин шляхом надання Застрахованою Особою/Страхувальником відповідних офіційних документів.

6.2. Всі необхідні документи, інформація та результати обстежень мають бути надані Страховикові у формі, яка ним вимагається. За необхідності Застрахована Особа повинна пройти медичне обстеження на вимогу та за рахунок Страховика. Після отримання тілесних ушкоджень або травми Застрахована Особа повинна якнайшвидше отримати допомогу кваліфікованого лікаря та ретельно дотримуватись рекомендацій лікаря, лікарських призначень. Страховик звільняється від будь яких зобов‘язань щодо наслідків, які виникають через те, що Застрахована Особа не отримала медичну допомогу, не дотримувалась рекомендацій лікаря, що здійснював лікування. У разі смерті Застрахованої Особи, Страховик має право 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 цю Програму не було введено в дію та включено до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у Договорі Страхування або відповідному Додатку до Договору Страхування.

Договір Страхування, що включає дану програму, укладається у письмовій формі. Договір Страхування також вважається укладеним у письмовій формі, якщо укладання відбулося шляхом електронного підпису, в тому числі за допомогою інформаційно-телекомунікаційних систем.

**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. Страхова Премія за цією Програмою або Програмою страхування основних ризиків не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду, якщо інше не передбачено Договором Страхування; або

8.3.3. 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, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

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 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 з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);

9.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);

9.1.5. Положення про індексацію для Програми страхування додаткових ризиків (Додаток 1-17) та 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 тридцяти 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.