

Приватне акціонерне товариство
«МетЛайф»

Правила добровільного страхування життя
(що застосовуються до договорів добровільного страхування життя, що укладаються з
юридичними особами або іншими особами)

(НОВА РЕДАКЦІЯ)

ЗМІСТ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	3
2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	3
3. СТРАХОВИЙ РИЗИК ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК	3
4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	4
5. СТРАХОВА ПРЕМІЯ, СТРАХОВИЙ ТАРИФ	7
6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ ТА СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	7
7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	7
8. ПОРЯДОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	8
9. ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТРАХОВИКА, ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ТА СТРАХУВАЛЬНИКА	9
10. НАСЛІДКИ ВТРАТИ СТРАХУВАЛЬНИКОМ ПРАВ ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ	11
11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	11
12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ТА СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	12
13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	13
14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	13
15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	14
16. ОСОБЛИВІ УМОВИ	14
ТЕРМІНИ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ЦИХ ПРАВИЛАХ	16
ДОДАТКИ	18
1. Програми групового 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	

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Відповідно до наведених нижче Правил добровільного страхування життя (далі – Правила) Приватне акціонерне товариство «МетЛайф» (далі – Страховик) укладає договори добровільного групового страхування життя фізичних осіб з юридичними або іншими особами (далі – Страхувальник).

1.2. Правила розроблені відповідно до Закону України “Про страхування”, Цивільного Кодексу України, інших нормативно-правових актів України, впроваджуються згідно з внутрішнім розпорядженням Страховика та регулюють відносини між Страховиком, Страхувальником та Застрахованими особами при укладанні та виконанні договору добровільного групового страхування життя (далі – «Договір Страхування»).

1.3. Групове страхування життя – це страхування життя осіб, які належать до групи Застрахованих осіб згідно зі Статтею 8 цих Правил.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

3.1. Страховий Ризик - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання. Програми страхування та Договори Страхування можуть передбачати такі страхові ризики або 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. Природна смерть Застрахованої особи;
- 3.1.5. Постійна Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Хвороби;
- 3.1.6. Постійна Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку;
- 3.1.7. Постійна Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Хвороби та/або Нещасного Випадку;
- 3.1.8. Постійна Часткова Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Хвороби;
- 3.1.9. Постійна Часткова Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку;
- 3.1.10. Постійна Часткова Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Хвороби та/або Нещасного Випадку;
- 3.1.11. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II групи інвалідності;
- 3.1.12. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II, III групи інвалідності;
- 3.1.13. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, що призвів до встановлення Застрахованій особі I групи інвалідності; або розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, що призвів до встановлення Застрахованій особі II, III групи інвалідності;
- 3.1.14. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II групи інвалідності; або розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, що призвів до встановлення Застрахованій особі III групи інвалідності;
- 3.1.15. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II групи інвалідності;
- 3.1.16. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II, III групи інвалідності;
- 3.1.17. Смерть Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку;
- 3.1.18. Постійна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку;
- 3.1.19. Смерть, Каліцтво та/або Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку;
- 3.1.20. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, який призвів до хірургічного втручання та/або до госпіталізації;
- 3.1.21. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку та/або Хвороби, який призвів до хірургічного втручання та/або до госпіталізації;
- 3.1.22. Смерть Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку на транспорті;
- 3.1.23. Постійна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку на транспорті;
- 3.1.24. Постійна Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку на транспорті;
- 3.1.25. Діагностування критичного захворювання Застрахованої особи;
- 3.1.26. Отримання Застрахованою особою тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку;
- 3.1.27. Тимчасова Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку;
- 3.1.28. Тимчасова Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби;
- 3.1.29. Отримання Застрахованою особою травм внаслідок Нещасного Випадку.

3.2. Страховий Випадок - подія, передбачена Договором Страхування, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату у розмірі страхової суми (її частини) та (або) у вигляді анuitету, Застрахованій особі або Вигодонабувачу відповідно до Договору Страхування.

3.3. Конкретний перелік Страхових Випадків визначається у Договорі Страхування відповідно до умов програм страхування, що включені в Договір Страхування та викладені у Додатку 1, до цих Правил.

3.4. Визначення конкретного Страхового Випадку наводиться у програмах страхування, що є частиною Договору Страхування.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Виключення із Страхових Випадків і обмеження страхування, що діють для таких програм групового страхування життя, наведено в пункті 4.1.1:

- 1) «Страхування на випадок смерті або дожиття»;
- 2) «Страхування на випадок смерті на певний строк»;
- 3) «Страхування на випадок природної смерті на певний строк»;
- 4) «Додатковий накопичувальний пенсійний план»;
- 5) «Страхування на випадок постійної повної непрацездатності»;
- 6) «Страхування на випадок постійної часткової непрацездатності»;
- 7) «Страхування на випадок встановлення групи інвалідності внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби»;
- 8) «Страхування на випадок критичного захворювання».

4.1.1. Згідно з Договором Страхування 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:

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

4.1.1.2. Самогубством Застрахованої особи, незалежно від її психічного стану, протягом перших двох років дії страхового покриття відносно цієї Застрахованої особи;

4.1.1.3. Війною чи військовими операціями/діями (оголошеними чи неоголошеними), вторгненням, діями зовнішніх ворогів, конфліктами, революцією, військовим заколотом, громадськими заворушеннями, громадянською війною, захопленням чи узурпацією влади військовими, військовим положенням, періодом осади або будь-якими іншими подіями чи підставами для оголошення військового положення або періоду осади;

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

4.1.1.5. Іншими подіями або причинами, визначеними як виключення або обмеження страхування у відповідних програмах страхування та/або визначеними в Договорі Страхування за домовленістю між Страховиком та Страхувальником;

4.1.1.6. Для визнання смерті Страховим Випадком 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.

4.1.2. Додатково до положень пункту 4.1.1 щодо Програми групового страхування додаткових ризиків «Страхування життя на випадок встановлення групи інвалідності внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби» 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:

4.1.2.1. Отруєнням Застрахованої особи лікарськими засобами або алкоголем, або наркотичними засобами чи психотропними речовинами, їх аналогами чи прекурсорами, або її перебуванням під впливом зазначених вище засобів (речовин), якщо вони не були призначені лікарем або призначена лікарем доза перевищена.

4.1.2.2. Інвалідністю Застрахованої особи, встановленою до початку дії Договору Страхування щодо Застрахованої особи; хворобою, що діагностовано, або Нещасним Випадком, що трапився до початку дії Договору Страхування щодо Застрахованої особи, однак призвели до інвалідності, яка була встановлена під час дії Договору Страхування щодо Застрахованої особи;

4.1.2.3. Нещасним Випадком, спричиненим через подорож або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажирів на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;

4.1.2.4. Будь-яким погіршенням стану здоров'я Застрахованої особи, яке викликане радіаційним опроміненням або є результатом використання атомної енергії, а також будь-якими природними явищами;

4.1.2.5. Заняттям Застрахованою особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняттям Застрахованою особою 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, боротьбою, підводним плаванням, стрільбою.

4.1.3. Додатково до положень пункту 4.1.1 щодо Програми групового страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок критичного захворювання» 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:

4.1.3.1. Отруєнням Застрахованої особи лікарськими засобами або алкоголем, або наркотичними засобами чи психотропними речовинами, їх аналогами чи прекурсорами, або її перебуванням під впливом зазначених вище засобів (речовин), якщо вони не були призначені лікарем або призначена лікарем доза перевищена;

4.1.3.2. Прямим або опосередкованим впливом ядерного вибуху, радіації, що іонізує, або викиду радіоактивних речовин у довколишнє середовище;

4.1.3.3. Будь-якими психічними або нервовими розладами або лікуванням алкогольної та наркотичної залежності;

4.1.3.4. Навмисною участю Застрахованої особи у злочинних діяннях та інших протиправних діяннях, або порушенням чи спробою порушити закон або чиненням опору Застрахованою особою під час затримання або арешту.

4.1.3.5. Будь-яким захворюванням, хворобою або станом Застрахованої особи, що передує даті початку дії Програми, окрім випадків, якщо Договір Страхування діяв та страхові послуги безперервно надавались Застрахованій особі протягом повних 3 (трьох) років поспіль за Договором (-ами) Страхування.

4.1.4. Страховик не несе відповідальності за Договором Страхування і не здійснює Страхові виплати у випадках, зазначених в пп. 4.1.1 – 4.1.3 вище.

4.2. Виключення із Страхових Випадків і обмеження страхування, зазначені у п.4.2.1, діють для таких програм групового страхування життя:

- 1) «Страхування на випадок смерті внаслідок Нещасного Випадку»;
- 2) «Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку»;
- 3) «Страхування на випадок смерті/каліцтва/постійної та повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку»;
- 4) «Страхування на випадок тимчасової повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку»;
- 5) «Страхування на випадок тимчасової повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби»;
- 6) «Страхування на випадок тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку»;
- 7) «Страхування на випадок травм та/або тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку».

4.2.1. Згідно з Договором Страхування 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. Бактеріальною інфекцією (крім піогенної інфекції – гнійної інфекції, інфекція, що спричиняє або обумовлює нагноєння, що є результатом випадкового порізу або рани);

4.2.1.2. Отруєнням Застрахованої особи лікарськими засобами або алкоголем, або наркотичними засобами чи психотропними речовинами, їх аналогами чи прекурсорами, або її перебуванням під впливом зазначених вище засобів (речовин), якщо вони не були призначені лікарем або призначена лікарем доза перевищена;

4.2.1.3. Навмисною участю Застрахованої особи злочинних діяннях, та інших протиправних діяннях, або порушенням чи спробою порушити закон або чиненням опору Застрахованою особою під час затримання або арешту;

4.2.1.4. Війною, вторгненням, діями інших держав, воєнними діями, громадянською війною, революцією, повстанням, заколотом, збройним або незаконним захопленням влади, воєнним станом, облогою або будь-якими подіями або причинами, що визначають або підтримують військовий стан або облогу, арешт, ізоляцію, митні обмеження;

4.2.1.5. Проходженням служби Застрахованою особою в збройних силах будь-якої країни або міжнародних військах незалежно від того, в мирний час, чи під час війни. В такому випадку Страховик на запит Застрахованої особи поверне відповідну премію за будь-який такий період надання послуг;

4.2.1.6. Лікуванням будь-яких психічних або нервових розладів, лікуванням алкогольної та наркотичної залежності;

- 4.2.1.7. Будь-якою травмою, ушкодженням або непрацездатністю Застрахованої особи, що виникли до дати початку дії страхування;
- 4.2.1.8. Прямим або опосередкованим впливом ядерного вибуху, радіації, що іонізує, або викиду радіоактивних речовин у довколишнє середовище;
- 4.2.1.9. Травмою, отриманою під час подорожування або польоту на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажирів на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;
- 4.2.1.10. Заняттям Застрахованої особи будь-яким професійним спортом (якщо така подія відбулась під час змагань, відборів, включаючи підготовку і тренування);
- 4.2.1.11. Керуванням транспортним засобом Застрахованою особою, яка не має посвідчення на право керування транспортним засобом відповідної категорії (посвідчення водія).
- 4.2.2. Додатково до положень пункту 4.2.1 щодо Програм групового страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок смерті внаслідок Нещасного Випадку» та «Страхування на випадок смерті/каліцтва/постійної та повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку» (в її частині, що стосується ризику смерті Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку) згідно з Договором Страхування 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 із самогубством Застрахованої особи незалежно від її психічного стану.
- 4.2.3. Додатково до положень пункту 4.2.1 щодо Програм групового страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку», «Страхування на випадок смерті/каліцтва/постійної та повної непрацездатності внаслідок нещасного випадку» (в її частині, що стосується Каліцтва та/або Постійної та Повної Непрацездатності Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку), та «Страхування на випадок тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку» згідно з Договором Страхування 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 зі спробою самогубства Застрахованої Особи або нанесенням Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень незалежно від її психічного стану.
- 4.2.4. Додатково до положень пункту 4.2.1 щодо Програм групового страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок тимчасової повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку» та «Страхування на випадок тимчасової повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби» згідно з Договором Страхування будь-яка подія не визнається Страховим Випадком та Страхова виплата не здійснюється, у разі:
- 4.2.4.1. Хвороби Застрахованої особи, прямо або опосередковано спричиненої ВІЛ-інфекцією та/або будь-яким пов'язаним захворюванням, включаючи СНІД (Синдром Набутого Імунodefіциту);
- 4.2.4.2. Проходження Застрахованою особою профілактичного або іншого медичного огляду, коли відсутні об'єктивні ознаки погіршення нормального стану здоров'я;
- 4.2.4.3. Здійснення косметичних або інших аналогічних процедур будь-якого виду або проведення пластичних операцій, якщо вони не призначені лікарем у зв'язку із Нещасним Випадком, що стався протягом дії цих Програм;
- 4.2.4.4. Будь-якого лікування або оздоровлення в лікувальному центрі, медичному закладі або реабілітаційному центрі (післялікарняне лікування);
- 4.2.4.5. Лікування будь-якої інфекції, отриманої під час стаціонарного лікування (госпітальна інфекція);
- 4.2.4.6. Госпіталізації/лікування/хірургічного втручання з приводу вагітності Застрахованої особи, пологів, викидня або абортів, стерилізації, штучного запліднення, рестерилізації або лікування безпліддя, імпотенції, лікування алкоголізму або наркоманії, пологової травми, вродженої аномалії або спадкової хвороби, венеричних захворювань, психічних або нервових розладів, діагностична біопсія (за виключенням біопсії шкіри) або артроскопія, офіційно визнаних випадків пандемії.
- 4.2.4.7. Амбулаторного лікування хвороб зору, стоматологічного лікування та протезування зубів, якщо вони не призначені лікарем у зв'язку із Нещасним Випадком, що стався протягом дії цих Програм;
- 4.2.4.8. Кили, люмбаго або запалення сідничного нерва;
- 4.2.4.9. Спроби самогубства Застрахованої особи або нанесення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень незалежно від її психічного стану;
- 4.2.4.10. Будь-якого захворювання, хвороби або стану Застрахованої особи, що передувє даті початку дії цих Програм.

4.3. Страхування за додатковими програмами страхування життя від Нещасного Випадку не поширюється та не застосовується щодо випадків психічних відхилень або розладів вищої нервової діяльності.

4.4. Якщо це необхідно, Застрахована особа зобов'язана довести, що Страховий Випадок не був спричинений жодною з обставин, що виключені з переліку причин або подій, що є підставою для подання заяви на одержання Страхової виплати. Це необхідна передумова будь-яких зобов'язань Страховика.

4.5. Страховик не несе відповідальності за Договором Страхування і не здійснює Страхові виплати щодо подій, спричинених будь-якою з причин, зазначених в цьому розділі, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

4.6. Перелік Програм групового страхування додаткових ризиків від Нещасного Випадку наведено у Додатку 1 до цих Правил.

4.7. Страхове покриття, зазначене в таблиці будь-якої Програми групового страхування додаткових ризиків, може надаватися Застрахованим особам/Страховальникам частково або з урахуванням певних обмежень, що визначаються умовами Договору Страхування Життя.

5. СТРАХОВА ПРЕМІЯ, СТРАХОВИЙ ТАРИФ

5.1. Розмір Страхової премії, що сплачується Страховальником, визначається на підставі Страхових Тарифів, що обчислюються Страховиком актуарно (математично). Страхові Тарифи та методика їх розрахунку визначені у Додатку 2, що є невід'ємною частиною цих Правил.

5.2. Страховальник сплачує Страхові премії у строки та згідно з умовами, що встановлюються Страховиком та визначаються у Договорі Страхування.

5.3. Розмір Страхової премії на кожну Застраховану особу, що сплачується Страховальником згідно з Договором Страхування, розраховується відповідно до умов Додатку 2 до цих Правил та зазначається в Договорі Страхування.

6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ ТА СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

6.1. Страхова сума на кожну Застраховану особу визначається в Договорі Страхування за згодою сторін, але її розмір не повинен бути меншим ніж мінімальний розмір Страхової суми, який визначений Страховиком на момент укладання Договору Страхування.

6.2. Страхова сума може бути встановлена по окремому Страховому Випадку, групі Страхових Випадків та Договору Страхування у цілому.

6.3. У разі, якщо випадок, що має ознаки страхового, стався за програмою групового страхування додаткових ризиків, до якої застосовується Період очікування, протягом «Періоду очікування» та мало місце внесення змін до умов Договору Страхування (типу збільшення/зменшення розміру страхової (-их) суми (сум) та/або збільшення/зменшення кількості захворювань) на останню дату сплати, від якої рахується «Період очікування», то Страховик розраховує та резервує розмір Страхові виплати відповідно до умов програми страхування/розмірів страхових сум/ кількості захворювань, що мали місце до останньої дати сплати, на яку вносилися зміни (тобто, до внесення змін).

6.4. Страхові виплати за Договором Страхування здійснюються в розмірі Страхової суми (її частини) та (або) у вигляді регулярних, послідовних виплат, обумовлених у Договорі Страхування сум (ануїтету).

6.5. Розмір Страхової суми на кожну Застраховану особу згідно з Договором Страхування визначається в Договорі Страхування.

6.6. Страхова сума включає суму інвестиційного доходу, який визначається згідно з Законом України «Про страхування», чинним законодавством та згідно з Додатком 2 до цих Правил. Страхова сума збільшується на розмір Негарантованого Бонусу, якщо такий є, та інші суми (бонуси), якщо це передбачено відповідною програмою страхування та законодавством України.

7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Для укладання Договору Страхування Страховальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір Страхування.

Договори страхування укладаються відповідно та на підставі цих Правил страхування, шляхом складання одного документа (Договору Страхування), підписаного сторонами. У випадку домовленості сторін, дію окремих положень може бути частково розширено або обмежено (конкретизовано) у Договорі страхування. Невід'ємною частиною Договору Страхування можуть бути такі документи:

- Страховий Сертифікат, що вважається письмовим підтвердженням укладення Договору Страхування та становить його невід'ємну частину;
- Додатки до Договору Страхування, які зазначаються в тексті Договору Страхування, та інші документи, які зазначаються в Договорі Страхування як його невід'ємні частини. Зокрема, невід'ємною частиною Договору Страхування буде перелік Застрахованих осіб;
- Додаткові угоди до Договору Страхування у випадку внесення змін та доповнень до Договору Страхування;
- Копія Правил;

- Програма (програми) страхування.

На вимогу Страховика Договір Страхування може також включати такі документи, якщо про це прямо зазначається в Договорі Страхування:

- Будь-які документи, подані Страхувальником та/або Застрахованою особою Страховику;
- Офіційні медичні довідки та інші медичні документи, належним чином підписані та засвідчені печаткою органу, що їх видав;
- Будь-які інші документи, що містять інформацію про Застрахованих Осіб та/або Страхувальника, надані на вимогу Страховика.

7.2. Всі частини Договору Страхування повинні бути у письмовій формі.

7.3. У випадку втрати або невиправного пошкодження Договору Страхування Страхувальником, Страховик видає дублікат Договору Страхування згідно з письмовою заявою Страхувальника.

7.4. Договір Страхування набуває чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором Страхування. В такому випадку Договір Страхування починає свою дію у 00 годин 01 хвилину за Київським часом дня, зазначеного у Договорі Страхування або у Страховому Сертифікаті як дата початку страхування, крім тих випадків, коли Страхувальник та Страховик домовилися у письмовій формі про початок дії Договору Страхування з іншої дати, ніж та, що зазначена у Договорі Страхування або Страховому Сертифікаті.

7.5. Договір Страхування укладається на строк, що визначається в Договорі Страхування. Страховик зберігає за собою право перераховувати розмір Страхових премій на кінець кожного року дії Договору Страхування з метою урахування змін кількості та/або вікової та статеві структури групи Застрахованих осіб та Страхових сум. Проте, якщо це передбачено Договором Страхування, Страховик має право перераховувати розмір Страхових премій частіше згідно з графіком, визначеним у Договорі Страхування.

7.6. Договір Страхування закінчує свою дію о 24.00 годині за Київським часом на дату, визначену в Договорі Страхування та (або) Страховому Сертифікаті як дата закінчення дії Договору Страхування.

7.7. Договір Страхування покриває Страховий Випадок, що може виникнути у будь-якому місці протягом дії Договору Страхування, якщо інше не визначено у Договорі Страхування.

7.8. Строк дії Договору Страхування може бути продовжено на тих самих умовах на наступний період за взаємною угодою Сторін.

7.9. Продовження строку дії Договору Страхування на наступний період може оформлюватися шляхом підписання Додаткової Угоди до Договору Страхування.

7.10. Зміни та доповнення до Договору Страхування:

1) Будь-які зміни та доповнення до Договору Страхування є недійсними, якщо вони не підписані уповноваженими представниками Страховика та Страхувальника.

2) Зміни та доповнення не застосовуються до Страхових Випадків, що сталися до внесення таких змін.

7.11. Договір Страхування не обмежує страхування осіб, яким до моменту прийняття на страхування було встановлено інвалідність, та події розглядаються як Страхові Випадки за усіма ризиками, встановленими Договором Страхування за умови відсутності інших договірних обмежень щодо конкретних Застрахованих осіб.

7.12. Для Застрахованої особи застосовується безперервність страхового покриття з дати включення такої Застрахованої особи до списків Застрахованих осіб за будь-яким Договором Страхування. При застосуванні безперервності страхового покриття датою укладання Договору Страхування щодо Застрахованої особи вважається дата, коли Застраховану особу вперше прийнято на страхування Страховиком. За кожною програмою групового страхування може бути встановлено окрему дату початку дії безперервного покриття.

8. ПОРЯДОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Застрахованими Особами згідно з Договором Страхування є особи, які мають право на страхування відповідно до положень п.п.8.1.1 та 8.1.2 цих Правил, якщо інше не передбачено Договором Страхування або умовами Програми страхування.

8.1.1. Усі штатні працівники Страхувальника віком не старше 65 років на дату укладання Договору Страхування, які працюють на повну ставку і мають у Страхувальника своє основне місце роботи, і які Активно працюють на дату початку дії Договору Страхування, та які здатні виконувати свої звичайні трудові обов'язки, пов'язані з роботою у Страхувальника на повну штатну одиницю, мають право на страхування згідно Договору Страхування, починаючи з дати початку дії Договору Страхування.

8.1.2. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, усі працівники віком не старше 65 років, які стали штатними працівниками, що працюють на повну ставку і мають у Страхувальника своє основне місце роботи, після дати початку дії Договору Страхування мають право на страхування з дня,

зазначеного в Договорі Страхування як “дата набуття права на страхування”, за умови, що такі працівники заповнили медичну анкету та пройшли медичне обстеження, якщо це вимагається Страховиком.

За згодою між Страхувальником та Страховиком, Страхувальник може подати заяву щодо страхування:

- особи, яка не є членом трудового колективу Страхувальника, але виконує роботи для Страхувальника на підставі цивільно-правових договорів, укладених між Страхувальником та роботодавцем такої особи;
- іншої особи згідно з Договором Страхування.

8.2. Включення та виключення працівників Страхувальника або інших осіб до групи Застрахованих осіб та зміна розміру страхової суми відбувається у такому порядку, якщо інше не передбачено Договором Страхування або умовами Програми страхування:

8.2.1. Страхувальник призначає з числа своїх працівників особу відповідальну за внесення всіх змін до переліку Застрахованих осіб (надалі – Адміністратор), та письмово повідомляє Страховика про таке призначення.

8.2.2. Не пізніше 25-го числа кожного календарного місяця Адміністратор має письмово повідомляти Страховика про будь-які зміни у групі Застрахованих осіб на наступний календарний місяць. Адміністратор подає такі дані щодо працівників, які включаються до переліку групи Застрахованих осіб: прізвище, ім'я, по батькові працівника; дату народження; посаду; паспортні дані; адресу місця помешкання; дату початку роботи та розмір річної заробітної плати до відрахування податків або розмір страхової суми.

8.2.3. Протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту отримання відповідного письмового повідомлення від Страхувальника Страховик здійснює виключення особи із списку Застрахованих осіб і припиняє страхування будь-якої Застрахованої особи, яку було виключено Страхувальником, включає нових працівників до переліку групи Застрахованих осіб та змінює розмір страхових сум для вже застрахованих працівників у разі необхідності внесення таких змін.

8.2.4. На підставі змін, що вносяться до групи Застрахованих осіб, Страховик у строки, зазначені в п. 8.2.3 цих Правил, здійснює перерахунок Страхових премій, що сплачуються Страхувальником згідно із Договором Страхування. Перехунок здійснюється відповідно до наведеного нижче:

Якщо працівника включено до групи Застрахованих осіб, або якщо відбулося будь-яке збільшення розміру його Страхової суми після дати початку дії Договору Страхування, то Страхова премія розраховується виходячи з кількості днів, що залишилися до закінчення строку дії Договору Страхування, віку, статі та стану здоров'я працівника. Стан здоров'я працівника визначається на підставі медичної анкети, заповненої працівником, та будь-яких інших медичних довідок, що вимагаються Страховиком;

Якщо працівник припиняє трудові відносини із Страхувальником та його виключають з переліку групи Застрахованих осіб згідно Договору Страхування, після підписання Договору Страхування, то, якщо інше не передбачено Програмою страхування або Договором Страхування, використана частина Страхової премії розраховується виходячи з кількості днів, протягом яких працівник був застрахованим.

Страховик перераховує додаткові Страхові премії для нових учасників групи Застрахованих осіб з урахуванням накопиченого розміру незароблених Страхових премій на дату такого перерахування. На підставі такого перерахування Страховик видає Страхувальнику рахунок.

9. ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТРАХОВИКА, ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ТА СТРАХУВАЛЬНИКА

9.1. Страхувальник має такі права:

9.1.1. Протягом строку дії Договору Страхування Страхувальник має право згідно з умовами Договору Страхування додавати або вилучати працівників до/з переліку Застрахованих осіб, змінювати розмір Страхової суми щодо окремого працівника, всіх працівників або певної категорії Застрахованих осіб, якщо такі встановлено, за умови проходження ними медичного обстеження, заповнення анкети про стан здоров'я та надання відповідних медичних довідок, які вимагаються Страховиком, та виконання інших правил та норм встановлених Страховиком. В такому випадку укладається Додаткова Угода до Договору Страхування та сплачується додаткова Страхова премія у разі включення працівників до переліку Застрахованих осіб, або збільшення їх Страхових сум, або ж повертається відповідна частина Страхової премії у разі виключення працівників з переліку Застрахованих осіб або зменшення їх Страхових сум.

9.2. Застрахована особа має такі права:

9.2.1. У разі настання Страхового Випадку, Застрахована особа має право вимагати отримання Страхових виплат згідно з умовами Договору Страхування.

9.2.2. Застрахована особа має право взяти на себе обов'язки Страхувальника, що передбачені у п. 9.4 цих Правил, у разі ліквідації Страхувальника.

9.2.3. Застрахована особа має право змінювати Вигодонабувача без згоди Вигодонабувача чи Вигодонабувачів, які були раніше призначені згідно з умовами Договору Страхування, шляхом заповнення письмової заяви у формі, затвердженій Страховиком. В такому випадку Застрахована особа або Страхувальник повідомляють Страховика, заповнюючи заяву про зміну складу Вигодонабувачів за формою, наданою Страховиком.

9.2.3.1. Такі зміни у складі Вигодонабувачів набирають чинності з дати одержання Страховиком заяви про зміну складу Вигодонабувачів та застосовуються щодо Страхових Випадків, що сталися після дати набрання чинності таких змін у складі Вигодонабувачів.

9.2.3.2. Якщо Застрахована особа призначає більше ніж одного Вигодонабувача без визначення їхніх відповідних часток, Страхові виплати здійснюються на користь всіх Вигодонабувачів у рівних частках.

9.2.3.3. У разі смерті Застрахованої особи та якщо Вигодонабувача не було призначено заздалегідь, або якщо Вигодонабувача немає в живих, або якщо не може бути визначено місце знаходження Вигодонабувача на момент настання Страхового Випадку, Страхова виплата здійснюється на користь законних спадкоємців Застрахованої особи у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

9.2.3.4. У випадку, якщо Вигодонабувача не призначено, або такий Вигодонабувач помер на момент смерті Застрахованої особи, або одночасно із Застрахованою особою, або неможливо визначити його місцезнаходження на момент настання Страхового Випадку, Страхову виплату у разі настання Страхового Випадку буде здійснено спадкоємцям Застрахованої особи згідно з чинним законодавством України.

9.3. Страховик має такі права:

9.3.1. Страховик має право перевіряти інформацію, надану Страхувальником та/або Застрахованою особою, а також виконання умов Договору Страхування Страхувальником та/або Застрахованою особою.

9.3.2. Страховик має право відмовити у здійсненні Страхових виплат відповідно до розділів 4 та 13 цих Правил, а також на інших підставах, передбачених Договором Страхування або законодавством.

9.3.3. Страховик має право у будь-який час достроково припинити дію Договору Страхування за умови невиконання Страхувальником або Застрахованою особою умов Договору Страхування. Страховик має направити Страхувальнику відповідну письмову претензію із зазначенням причин можливого дострокового припинення дії Договору Страхування. Страхувальник зобов'язаний розглянути таку претензію та усунути таке порушення протягом 10 робочих днів. Якщо протягом 10 днів Страхувальник не усуває порушення, Страховик має право достроково припинити дію Договору Страхування шляхом надіслання письмового повідомлення Страхувальнику не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору.

9.3.4. Страховик має право перед включенням особи до групи Застрахованих осіб або збільшенням страхової суми для такої Застрахованої особи вимагати заповнення та надання на розгляд Страховикові анкети про стан здоров'я такої особи. Залежно від даних, наведених у такій анкеті, Страховик має право включити особу до групи Застрахованих осіб або збільшити Страхову суму та, відповідно, збільшити розмір Страхової премії на таку Застраховану особу або відмовити у страхуванні та відмовити у збільшенні Страхової суми.

9.3.5. Страховик має право вимагати надання історії хвороби та інших медичних відомостей про Застраховану особу у медичних установ, які надавали послуги Застрахованій особі, за умови, що Страховик сплачує витрати, пов'язані із отриманням такої інформації.

9.3.6. Страховик має право відмовити у страхуванні та/або у здійсненні страхових виплат Застрахованій особі, якщо Застрахована особа або Страхувальник навмисно подали невірну або неповну інформацію, яка вимагається Страховиком згідно з умовами Договору Страхування та цими Правилами.

9.3.7. У разі смерті Застрахованої особи Страховик має право провести розслідування причин смерті та вимагати у разі необхідності проведення розтину тіла померлого до або після поховання, якщо це не суперечить положенням чинного законодавства України.

9.3.8. З метою розслідування обставин Страхового Випадку Страховик має право провести медичне обстеження Застрахованої особи за допомогою кваліфікованого лікаря, призначеного Страховиком, а також залучати треті особи до такого розслідування.

9.4. Страхувальник зобов'язаний:

9.4.1. Своєчасно та в повному обсязі сплачувати Страхові премії відповідно до положень Договору Страхування.

9.4.2. Надати Страховику будь-які відомості, необхідні для укладання Договору Страхування, а також будь-яку іншу необхідну інформацію, пов'язану з дією або з виконанням Договору Страхування.

9.4.3. Забезпечувати збереження документів, що складають Договір Страхування, чи відносяться до нього.

9.4.4. Відшкодувати Страховику всі документально підтверджені витрати, якщо Застрахована особа або Страхувальник навмисно подали неправдиву або неповну інформацію, яка вимагається Страховиком згідно з умовами Договору Страхування.

9.4.5. Інформувати Застрахованих осіб про всі зміни та доповнення до Договору Страхування, а також про дострокове припинення дії Договору Страхування.

9.4.6. Повідомити Страховка про настання Страхового Випадку в строки, передбачені п.11.1 цих Правил.

9.5. До включення до групи Застрахованих осіб кожна особа, яка може набути статусу Застрахованої особи, повинна:

9.5.1. Заповнити та надати Страховику реєстраційну картку для групового страхування або Заяву на укладання Договору Страхування, якщо це передбачено Договором Страхування, з визначенням Вигодонабувача або Вигодонабувачів.

9.5.2. На вимогу Страховика, заповнити та подати Страховику анкету про стан здоров'я та будь-які інші медичні довідки, що можуть вимагатися Страховиком.

9.6. Страховик зобов'язаний:

9.6.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та правилами страхування.

9.6.2. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

9.6.3. У разі настання Страхового Випадку здійснити Страхову виплату або прийняти рішення про відмову у здійсненні Страхової виплати відповідно до розділів 4 та 13 цих Правил Застрахованій особі; а у разі смерті Застрахованої особи – Страхувальнику, або Вигодонабувачеві, або іншій особі згідно з чинним законодавством протягом 60 (шістдесяти) календарних днів з дати отримання всіх необхідних документів, зазначених у розділі 11 цих Правил. Страховик несе майнову відповідальність за несвочасне здійснення Страхових Виплат шляхом сплати неустойки (штрафу, пені), у розмірі, який визначається у Договорі Страхування.

9.7. За невиконання своїх обов'язків за Договором Страхування сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

10. 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, що впливають з Договору Страхування, переходять до його правонаступника/ правонаступників за згодою Страховика.

11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. У разі настання Страхового Випадку, Страхувальник, Застрахована особа або Вигодонабувач протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів має надати Страховику письмове повідомлення у формі, встановленій Страховиком. Таке повідомлення надається Страховику Страхувальником або Застрахованою особою, або Вигодонабувачем, або його/її уповноваженим представником та вважається прийнятим, якщо воно містить достатню інформацію для встановлення Застрахованої особи та Страхового Випадку.

11.1.1. Після отримання такого повідомлення Страховик протягом 2 (двох) днів має надати Застрахованій особі або Вигодонабувачеві вичерпний перелік документів (пункт 11.3), необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку. Такі документи мають бути заповнені та повернені Страховику протягом 60 (шістдесяти) днів з дати настання Страхового Випадку.

11.1.2. Неподання письмового повідомлення або необхідних документів протягом періоду часу, визначеного у п. 11.1. та п.п. 11.1.1 цих Правил, не зменшує та не скасовує розмір належної Страхової виплати, якщо існують підтвердження того, що таке подання було неможливе протягом визначеного терміну часу, та що таке подання було зроблене негайно за першої нагоди.

11.2 У разі настання Страхового Випадку Страхувальник, Застрахована особа або Вигодонабувач подають Страховику документи, визначені у п. 11.3 цих Правил, а також реквізити банківського рахунку, на який здійснюватимуться Страхові виплати.

11.3. Здійснення Страхових виплат проводиться Страховиком згідно Договору Страхування на підставі:

- 1) Заяви Застрахованої особи, Вигодонабувача або інших осіб, які мають право на отримання Страхових Виплат згідно з умовами Договору Страхування;
- 2) У випадку смерті - оригіналу свідоцтва про смерть або його нотаріально засвідченої копії, рішення суду та документів медичних установ або закладів судово-медичної експертизи, в яких визначено причину смерті, матеріали компетентних органів щодо визначення причин та обставин смерті;

- 3) У разі нещасного випадку – оригіналу акту про нещасний випадок або оригіналу довідки з лікарні, довідки з поліції;
- 4) У разі хвороби – оригіналу довідки з лікарні;
- 5) Для інших осіб, які мають право на отримання Страхових виплат - оригіналу свідоцтва про спадщину;
- 6) Пред'явлення документа, який посвідчує особу отримувача, а також довіреність або інший документ, що підтверджує повноваження діяти від імені отримувача Страхової виплати;
- 7) Інших документів, необхідних Страховикові для підтвердження факту настання, обставин та причин, ступеню ушкоджень і наслідків Страхового Випадку.

11.4. 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. При цьому Страховик несе відповідальність за їх розголошення в будь-якій формі, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ТА СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1 Якщо інше не передбачено відповідною Програмою страхування та/або Договором Страхування, 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. 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 форми:

- 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.

12.1.1. Залежно від форми здійснення Страхових виплат Страховик розраховуватиме розмір Страхових виплат відповідно до величини інвестиційного доходу та нормативних витрат на ведення справи, які існуватимуть на момент виплат, а також відповідно до таблиць смертності.

12.1.2. Страхові виплати збільшуються на суми (бонуси) які визначаються Страховиком один раз на рік за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів резервів зі страхування життя за вирахуванням витрат Страховика на ведення справи у розмірі до 15 відсотків отриманого інвестиційного доходу та обов'язкового відрахування до математичних резервів частки інвестиційного доходу, що відповідає розміру інвестиційного доходу, який застосовується для розрахунку страхового тарифу за Договором Страхування.

12.1.3. Після здійснення першої Страхової виплати форма виплати не змінюється.

12.1.4. Право на отримання Страхових виплат не може передаватися третім особам або бути предметом застави.

12.1.5. Якщо сума Страхових виплат за місяць згідно з однією із наведених вище у п.12.1 форм здійснення Страхових виплат є меншою за мінімальний розмір, визначений Страховиком на той момент, то така форма здійснення Страхових виплат не може бути обрана, за винятком, якщо згідно з іншими Договорами Страхування, укладеними зі Страховиком, загальна сума Страхових виплат, що підлягає сплаті Застрахованій особі або Вигодонабувачу перевищує такий мінімальний розмір.

12.1.6. У разі здійснення Страхової виплати однією грошовою сумою Страховик здійснює Страхові виплати після завершення перевірки всіх документів. Якщо така перевірка не завершена протягом 30 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 робочих днів з дня ухвалення відповідного рішення, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

12.1.7. Помилкова інформація щодо віку Застрахованої особи:

- 1) Якщо вік Застрахованої особи зазначено неправильно та таку помилку виявлено, коли така особа жива, відбувається коригування Страхової премії із застосуванням відсотку щодо різниці між сплаченими Страховими преміями та Страховими преміями, що мали б бути сплаченими, або Страховиком змінюється розмір Страхової суми відповідно до справжнього віку Застрахованої особи;
- 2) Якщо помилку в інформації щодо віку Застрахованої особи виявлено після її смерті, розмір Страхової виплати буде перераховано згідно зі справжнім віком Застрахованої особи та відповідно до розміру сплаченої Страхової премії;

3) Якщо виявлено, що Застрахована особа не відповідала вимогам Страховика щодо можливості страхування (не могла бути застрахована) в зв'язку з її фактичним віком, Договір Страхування щодо такої особи припиняється з моменту початку дії страхового покриття щодо такої особи. Події, що сталися з такою особою, не можуть бути визнані Страховим випадком за таким Договором Страхування, а Страхові премії, одержані Страховиком за страхування такої особи, повертаються Страхувальнику.

12.2. У разі, якщо Страховим Випадком, передбаченим Договором Страхування, є Постійна Повна Непрацездатність Застрахованої особи та якщо інше не визначено в Договорі Страхування, Страхова виплата здійснюється 60 (шістдесятма) рівними щомісячними платежами, відповідно до умов, зазначених у Програмі групового страхування життя на випадок постійної повної непрацездатності.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

13.1. Якщо інше не узгоджено у Договорі Страхування, 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, Вигодонабувачеві 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 п. 12.1.6 Правил страхування.

13.2. Страховик має право відмовити у здійсненні Страхових виплат у випадках, передбачених статтею 4 цих Правил або в інших випадках, визначених як виключення у відповідних програмах страхування та/або узгоджених Сторонами в Договорі Страхування.

13.3. Страховик має право відмовити у здійсненні Страхових виплат Застрахованій особі, Страхувальнику або Вигодонабувачеві, якщо Застрахована особа або Страхувальник навмисно подали невірну або неповну інформацію, яка вимагається Страховиком згідно з умовами Договору Страхування.

Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат також є:

1) навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача, спрямовані на настання Страхового Випадку. Такі дії не включають дії, пов'язані з виконанням 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 Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

2) навмисна участь Застрахованої особи у злочинних діяннях та інших протиправних діяннях або порушення чи спроба порушити закон, або чинення опору Застрахованою особою під час затримання або арешту, що призвело до настання Страхового Випадку;

3) несвоєчасне повідомлення Страхувальником, Застрахованою особою або Вигодонабувачем про настання Страхового Випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин та характеру Страхового Випадку.

13.4. Страховик має право відмовити у здійсненні страхових виплат з інших підстав, передбачених законодавством України.

13.5. Страховик зобов'язаний повідомити Застраховану особу або, в разі смерті Застрахованої особи, Страхувальника, та/або Вигодонабувача щодо рішення про відмову у здійсненні Страхової виплати в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) днів з моменту прийняття такого рішення.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

14.1. Дія Договору Страхування припиняється та Договір Страхування втрачає чинність за згодою сторін, а також у таких випадках:

14.1.1. Закінчення строку дії Договору Страхування;

14.1.2. Щодо кожної Застрахованої особи – у разі досягнення Застрахованою особою віку, визначеного умовами Договору Страхування як максимально можливого для страхування. В такому випадку страхування такої особи припиняється в найближчу річницю дії Договору Страхування після досягнення Застрахованою особою такого максимально можливого для страхування віку;

14.1.3. Щодо кожної Застрахованої особи – у разі, якщо Застраховану особу було виключено з групи Застрахованих осіб за рішенням Страхувальника;

14.1.4. Дію Договору Страхування може бути припинено в односторонньому порядку однією із Сторін за умови надання іншій Стороні відповідного письмового повідомлення не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати запланованого припинення дії Договору Страхування;

14.1.5. На вимогу Страховика, якщо це передбачено у Договорі Страхування, – у разі, якщо кількість Застрахованих осіб менше 10 працівників або менше 75% від загальної кількості працівників Страхувальника. За таких обставин, Страховик повідомляє Страхувальника у письмовій формі не менше

як за 30 (тридцять) днів до дати припинення дії Договору Страхування. Положення цього підпункту не застосовуються до програм страхування, що передбачають ризик дожиття Застрахованої особи на строк або дожиття Застрахованої особи до певного віку;

14.1.6. Якщо компетентний суд ухвалив рішення про визнання Договору Страхування недійсним;

14.1.7. За згодою Сторін. Сторони зобов'язані повідомити одна одну у письмовій формі не менше як за 30 днів до узгодженої дати припинення дії Договору Страхування;

14.1.8. У разі ліквідації Страховика згідно з чинним законодавством України;

14.1.9. У разі ліквідації Страхувальника, за винятком випадків, коли встановлено правонаступників Страхувальника - юридичної особи;

14.1.10. В інших випадках, передбачених Договором Страхування та/або чинним законодавством України.

14.2. У всіх випадках припинення дії Договору Страхування Страхувальник зобов'язаний повернути Страховику Договір Страхування та здійснити усі необхідні взаєморозрахунки згідно з Договором Страхування.

У разі припинення Договору Страхування з ініціативи Страховика, остаточна сума взаєморозрахунків за Договором Страхування має бути визначена Страховиком не раніше ніж через 20 (двадцять) днів після дати припинення дії Договору Страхування.

14.3. У разі дострокового припинення дії Договору Страхування Страховик виплачує Страхувальнику Викупну Суму, визначену згідно з умовами положень Додатку 2 до цих Правил, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

15. 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 компетентному суді згідно з чинним законодавством України.

16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

16.1. Форс-мажор

Сторони не несуть відповідальності за невиконання або затримку виконання будь-яких своїх зобов'язань згідно Договору Страхування, якщо це сталося внаслідок дії обставин поза контролем та волею сторін, включаючи, але не обмежуючись, 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.

Наявність обставин форс-мажору і їхній характер повинні бути підтверджені шляхом надання відповідною стороною письмового свідчення, виданого Торгово-промисловою палатою України. 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.

16.2. Збори, платежі та податки

Будь-які податки та збори, встановлені чинним законодавством, які стосуються сплати Страхових премій або отримання Страхових виплат, Викупної суми, Негарантованого Бонусу або Спеціального Фонду Індексації сплачуються відповідно до вимог чинного законодавства України. Страховик має право отримати такі податки та збори від Страхувальника згідно з чинним законодавством України.

16.3. Негарантований Бонус

16.3.1. Розмір Страхової суми та (або) Страхових виплат збільшується на Негарантований Бонус, який визначається Страховиком один раз на рік згідно з Законом України "Про Страхування", та розраховується як різниця між отриманим інвестиційним доходом від розміщення коштів відповідних резервів із страхування життя, та величиною інвестиційного доходу, визначеною згідно з Договором Страхування. Доля участі Страхувальника в частині різниці між отриманим інвестиційним доходом та величиною інвестиційного доходу, зазначеною в Договорі Страхування, 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 календарного року. 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 дохід визначається в порядку, описаному вище, і збільшується на величину інвестиційного доходу. Однак, якщо ставка доходу від інвестицій суми математичного резерву є меншою від величини інвестиційного доходу, тоді Негарантований Бонус розраховуватися не буде. Також, Негарантований Бонус, який може утворюватися на кінець попереднього фінансового року, буде

зараховуватися на рівні не менше ніж 85% від ставки доходу, якщо інше не передбачено законодавством України. Виплата Негарантованого Бонусу здійснюється згідно з законодавством України.

16.3.2. Сума, на підставі якої розраховується Негарантований Бонус, підлягає зменшенню на суму будь-якої наявної заборгованості Страховальника перед Страховиком.

16.3.3. Якщо дія Договору Страхування припиняється достроково або Договір Страхування набуває статусу Сплаченого, Негарантований Бонус розраховується станом на кінець календарного року, що передує даті дострокового припинення дії Договору Страхування або даті набуття Договором Страхування статусу Сплаченого, або даті редукування Страхової суми. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, у випадку дострокового припинення дії Договору Страхування належна Викупна Сума збільшується на суму Негарантованого Бонусу з першої річниці дії Договору Страхування для Договорів з одноразовою сплатою Страхової премії, та з другої річниці дії Договору Страхування для Договорів з регулярною сплатою Страхової премії, якщо інше не передбачено умовами відповідної Програми групового страхування життя або Договору Страхування.

16.3.4. Якщо інше не зазначено в Договорі Страхування, розрахунок Негарантованого Бонусу передбачається також за період між останньою датою нарахування Негарантованого Бонусу та датою закінчення дії Договору Страхування або смерті Застрахованої особи. Нарахування Негарантованого Бонусу припиняється, коли Договір Страхування набуває статусу Сплаченого. Договору Страхування.

16.3.5. Положення пункту 16.3 застосовуються, лише якщо виплата Негарантованого Бонусу передбачена відповідною програмою групового страхування життя.

ТЕРМІНИ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ЦИХ ПРАВИЛАХ

Страхування	Вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних та юридичних осіб, у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених Договором Страхування, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, 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 віку. Умови Договору Страхування життя можуть також передбачати обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату у разі нещасного випадку, що стався із Застрахованою особою або її Хвороби, захворювання.. Передбачення ризику смерті Застрахованої особи є обов'язковим протягом всього строку дії Договору Страхування Життя.
Страховик	Приватне акціонерне товариство “МетЛайф”, яке укладає із Страхувальниками Договори Страхування життя, створене згідно з Законом України “Про господарські товариства” та Законом України “Про страхування” та яке має ліцензію на право здійснення страхової діяльності у формі добровільного 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, фізична особа, а також фізична особа – підприємець, яка уклала із Страховиком Договір Страхування та зобов'язана сплачувати Страхові премії у встановлені строки та виконувати інші умови Договору Страхування.
Застрахована особа	Особа, про страхування життя або життя та працездатності якої укладений Договір Страхування, та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором Страхування.
Вигодонабувач	Фізична або юридична особа (або особи), призначена(ні) для отримання Страхової виплати згідно з умовами Договору Страхування.
Страхова сума	Грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату у разі настання Страхового Випадку. Страхова сума зазначається в Договорі Страхування. Для кожної програми страхування може бути встановлена окрема Страхова сума.
Страхова виплата	Грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору Страхування у разі настання 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)	Плата за страхування, узгоджена обома сторонами Договору Страхування для кожного виду ризику, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором Страхування.
Страховий тариф	Ставка страхового внеску з одиниці Страхової суми за визначений період страхування.
Договір Страхування	Письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання Страхового Випадку здійснити Страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі Страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір Страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати Страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору Страхування.
Страховий Сертифікат/ Страховий Поліс	Посвідчення факту укладання Договору Страхування.
Викупна Сума	Сума, яка виплачується Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору Страхування та розраховується математично на день припинення Договору Страхування життя залежно від періоду, протягом якого діяв Договір Страхування життя, згідно з методикою, викладеною в Додатку 2 до цих Правил.
Ануїтет	Регулярні, послідовні виплати обумовлених у Договорі Страхування сум.

Нещасний Випадок	Будь-яке тілесне ушкодження або травма, не спричинене Застрахованою особою навмисно, спричинене безпосередньо та незалежно випадковою, непередбачуваною дією зовнішніх причин, факторів, що знаходились поза контролем Застрахованої особи та призвели до її травмування або смерті.
Нещасний Випадок на транспорті	Не спричинена Застрахованою особою навмисно раптова подія на автомобільному, залізничному, морському, річковому або авіаційному транспорті, що сталась під час перевезення Застрахованої особи автомобілем (у якості пасажирів або водія), на поїзді, човні або регулярних пасажирських авіалініях незалежно від того, чи під час руху, чи не у русі, включаючи посадку та висадку, зліт та посадку, в процесі якої смерть або тілесне ушкодження Застрахованої особи сталися в прямому зв'язку з використанням цього транспорту. При цьому такий транспортний засіб має бути зареєстрований та офіційно допущений до пасажирських перевезень згідно з законодавством. Нещасним Випадком на транспорті також є тілесні ушкодження або смерть Застрахованої особи внаслідок удару транспортним засобом. 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 внаслідок терористичного акту, навмисними діями, спрямованими на настання Нещасного Випадку, природного лиха, використання транспортного засобу в спортивних цілях, інші ускладнення просування, причина яких не стосується транспорту.
Хвороба, захворювання	Будь який патологічний стан або аномальне (ненормальне) функціонування органів Застрахованої особи, що об'єктивно діагностовано та не спричинено Нещасним Випадком.
Річниця (річниця страхування)	День, наступний за останнім днем відповідного року дії Договору Страхування.
Період очікування	Період часу, визначений Страхувальником у Договорі Страхування, протягом якого страхові послуги Застрахованій особі не надаються (страхове покриття на неї не поширюється).
Громадянська війна	Озброєне протистояння двох або більше сторін однієї країни, де такі сторони є різними етнічними, релігійними або ідеологічними групами, включаючи військові повстання, бунти, революції, антиурядову агітацію та підіривну діяльність, державний переворот, наслідки військового положення.
Війна	Озброєне оголошене або невизнане протистояння двох або більше країн.
Активно працює (працюють)/Активно працюючий	Працездатна особа, яка не знаходиться у відпустці без збереження заробітної плати, що триває більше 2 тижнів, не існує ні з боку працівника, ні з боку Страхувальника ніяких перешкод, загрозливих щодо поточної роботи, працівника не переведено на легшу, іншу роботу, йому не встановлено неповний робочий день або неповний робочий тиждень, якщо інше не передбачено Договором Страхування. В цілях даних Правил "Активна робота" означає таку роботу, яка дозволяє віднести працівника до категорії активно працюючих згідно з визначенням, наведеним вище.
Безперервне покриття	Під безперервним покриттям розуміється проміжок часу з першого дня прийняття Застрахованої особи до списків Застрахованих осіб незалежно від імені якого Страхувальника було укладено Договір Страхування, враховуючи перерву в 60 календарних днів поспіль у випадках, коли така особа виключається із страхування за одним Договором та приймається на страхування за іншим Договором Страхування. При застосуванні безперервності страхового покриття датою укладання Договору Страхування щодо Застрахованої особи вважається дата, коли Застраховану особу вперше прийнято на страхування.

**Програма групового страхування основних ризиків
Страхування на випадок смерті або дожиття**

Наведені нижче спеціальні умови страхування за Програмою групового страхування основних ризиків Страхування на випадок смерті або дожиття (надалі —«Програма») діють у разі, якщо Договором Страхування передбачено страхування відповідно до Програми групового страхування основних ризиків Страхування на випадок смерті або дожиття.

1. Визначення термінів

1.1. В умовах Програми наступний термін матиме таке значення:

Схема страхових виплат - перелік Застрахованих осіб та Страхових сум, на які вони застраховані, із визначенням початку та закінчення дії страхування щодо кожної окремої Застрахованої особи, включаючи інші умови Договору Страхування, узгоджені між Страхувальником та Страховиком.

2. Страховий Випадок та Страхові виплати

2.1. Страховими Випадками за цією Програмою є:

2.1.1. Дожиття Застрахованої особи на строк або дожиття Застрахованої особи до певного віку;

2.1.2. Смерть Застрахованої особи.

2.2. Страховик зобов'язаний здійснити Страхову виплату Застрахованій особі у випадку її дожиття до дати, зазначеної в Договорі Страхування, за умови, що на таку дату відповідний Договір Страхування є чинним та Страховику надані всі необхідні документи або здійснити Страхову виплату Вигодонабувачу (іншим особам, які мають право на отримання Страхових виплат) у випадку смерті Застрахованої особи відповідно до Правил за умови, що на дату смерті Застрахованої особи відповідний Договір Страхування є чинним та Страховику надані всі необхідні документи.

3. Строк дії страхування щодо кожної окремої Застрахованої особи

3.1. Строк дії страхування щодо кожної Застрахованої особи визначається у Схемі страхових виплат.

4. Страхові Сертифікати

4.1. Страховик надає Страхувальнику на його вимогу Страхові Сертифікати для кожного працівника/члена групи Застрахованих осіб, які застраховані згідно з Договором Страхування, разом з умовами страхування такої особи. Страховий Сертифікат становить невід'ємну частину Договору Страхування.

5. Дострокове припинення дії Договору Страхування

5.1. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, дію Договору Страхування може бути достроково припинено на дату будь-якої річниці дії Договору Страхування, за умови, що Страхувальник повідомив Страховика про таке дострокове припинення не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів.

5.2. У разі сплати одноразової Страхової премії дія Договору Страхування може бути припинена достроково протягом першого року. В цьому випадку розмір Викупної Суми не може бути меншим 75% суми математичного резерву. Після закінчення першого року Викупна Сума буде дорівнювати сумі математичного резерву. Розмір Викупної Суми розраховується згідно з Правилами страхування та умовами Договору Страхування. Договір Страхування може уточнювати умови дострокового припинення та розрахунок Викупної Суми.

5.3. У разі сплати регулярної Страхової премії дія Договору Страхування може бути припинена достроково у разі, якщо Договір Страхування діяв та страхові послуги надавались безперервно повні 3 роки, та Викупна Сума може бути виплачена Страхувальнику після 3-ї річниці дії Договору Страхування. Розмір Викупної Суми розраховується згідно з Правилами страхування та умовами Договору Страхування. Договір Страхування може уточнювати умови дострокового припинення та розрахунок Викупної Суми.

5.4. Викупна сума може зменшуватися на на будь-які суми коштів, належні Страховику за Договором Страхування, в тому числі належні Страхові премії, витрати, пов'язані з достроковим припиненням дії Договору Страхування, штрафи, пені тощо.

6. Припинення сплати Страхової премії

6.1. У разі припинення сплати Страхової премії з будь-якої причини Страховик має право достроково припинити дію Договору Страхування відповідно до чинного законодавства та згідно з умовами Договору Страхування.

7. Особливі умови: Негарантований Бонус

7.1. Розмір Страхової суми та (або) Страхових виплат збільшується на Негарантований Бонус, який визначається Страховиком один раз на рік згідно з Законом України «Про Страхування», та розраховується як різниця між отриманим інвестиційним доходом від розміщення коштів відповідних резервів із страхування життя, та величиною інвестиційного доходу, визначеною згідно з Договором Страхування. Доля участі Страхувальника в частині різниці між отриманим інвестиційним доходом та величиною інвестиційного доходу, зазначеною в Договорі Страхування, 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 календарного року. 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 дохід визначається в порядку, описаному вище, і збільшується на величину інвестиційного доходу. Однак, якщо ставка доходу від інвестицій суми математичного резерву є меншою від величини інвестиційного доходу, тоді Негарантований Бонус розраховуватися не буде. Також Негарантований Бонус, який може утворюватися на кінець попереднього фінансового року, буде зараховуватися на рівні не менше ніж 85% від ставки доходу, якщо інше не передбачено законодавством України. Виплата Негарантованого Бонусу здійснюється згідно з законодавством України.

7.2. Якщо дія Договору Страхування припиняється достроково, Негарантований Бонус розраховується станом на кінець календарного року, що передуює даті дострокового припинення дії Договору Страхування. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, у випадку дострокового припинення дії Договору Страхування належна Викупна Сума збільшується на суму Негарантованого Бонусу з першої річниці дії Договору Страхування для Договорів з одноразовою сплатою Страхової премії, та з третьої річниці дії Договору Страхування для Договорів з регулярною сплатою Страхової премії.

7.3. Якщо інше не зазначено в Договорі Страхування, розрахунок Негарантованого Бонусу передбачається також за період між останньою датою нарахування Негарантованого Бонусу та датою закінчення дії Договору Страхування або смерті Застрахованої особи. Нарахування Негарантованого Бонусу припиняється, коли Договір Страхування набуває статусу Сплаченого Договору Страхування.

**Програма групового страхування основних ризиків
Страхування на випадок смерті на певний строк**

1. Право бути застрахованим за цією Програмою

1.1. Право бути застрахованими за цією Програмою групового страхування основних ризиків Страхування на випадок смерті на певний строк (надалі – «Програма») мають працівники, молодші 60 (шістдесяти) років, які Активно працюють, якщо інше не визначено умовами Договору Страхування.

1.2. Якщо інше не визначено Договором Страхування, в цілях Договору Страхування термін «працівник» використовується щодо працівників, які постійно та регулярно працюють повний робочий день за безстроковим трудовим договором на створеній Страхувальником посаді та на визначеній Страхувальником території, в офісі, що є прийнятним для Страховика в аспекті можливості надання страхового покриття.

1.3. Категорії/класи працівників, які можуть бути застраховані, встановлюються в Договорі Страхування.

1.4. Якщо працівник не є таким, що Активно працює на день початку страхування (набрання чинності Договором Страхування), початок його страхування буде відкладено до його повернення до Активної роботи, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

1.5. Кожен працівник зобов'язаний на вимогу Страховика надати підтвердження своєї відповідності вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим, що є умовою набуття статусу Застрахованої особи. Дана вимога поширюється на раніше звільнених осіб, що наймаються Страхувальником повторно.

2. Страховий Випадок

2.1. Страховим Випадком за Програмою групового страхування основних ризиків Страхування на випадок смерті на певний строк є смерть Застрахованої особи.

3. Умови здійснення Страхової виплати

3.1. В разі смерті Застрахованої особи протягом строку дії цієї Програми щодо такої особи Страховик зобов'язується, за умови отримання документів, що підтверджують смерть цієї Застрахованої особи, здійснити Страхову виплату у розмірі Страхової суми, встановленої щодо такої Застрахованої особи згідно з умовами Договору Страхування.

3.2. Страхову виплату буде здійснено Вигодонабувачеві, якщо його призначено Застрахованою особою. В разі, якщо Вигодонабувача не було призначено Застрахованою особою, Страхову виплату буде здійснено відповідно до вимог чинного законодавства.

3.3. Додатково до умов п. 3.1 цієї Програми Страховик визнає Страховим Випадком та зобов'язується після отримання усіх необхідних документів здійснити Страхову виплату у розмірі Страхової суми, встановленої щодо Застрахованої особи відповідно до умов Договору Страхування, за умови виконання усіх перелічених нижче вимог:

- 1) Застрахована особа в результаті Нещасного Випадку або Хвороби стає та залишається повністю непрацездатною, і така непрацездатність не дозволяє їй займатися жодним професійним заняттям або працювати за наймом за винагороду або з метою отримання прибутку, та постійно залишаючись повністю непрацездатною, Застрахована особа помирає протягом 12 (дванадцяти) місяців після призупинення сплати Страхових премій щодо неї за цією Програмою та до моменту коли така Застрахована особа отримала право на Страхову виплату за Програмою групового страхування додаткових ризиків Страхування життя на випадок постійної повної непрацездатності (якщо передбачено умовами Договору Страхування);
- 2) Постійна Повна Непрацездатність настала в період дії цієї Програми щодо Застрахованої особи та до досягнення нею шістдесятирічного віку, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

4. Зміни в умовах страхування окремого працівника

4.1. Якщо умови страхування змінюються залежно від віднесення певного працівника до певної категорії або через зміну розміру заробітної плати, будуть застосовуватись такі положення:

4.1.1. Страхувальник розподіляє осіб, які можуть бути застраховані, на категорії (залежно від займаних посад, аналогічних функціональних обов'язків) або класи за розміром заробітної плати, нікого не дискримінуючи при цьому. Такий розподіл не може бути змінений працівником.

4.1.2. Віднесення застрахованих працівників до певної категорії або класу за розміром заробітної плати коригуватиметься автоматично відповідно до нового розміру заробітної плати або нового розподілу за категоріями на дату, визначену в Договорі Страхування. Виключенням є випадки збільшення розміру Страхової суми щодо працівника, який не є таким, що Активно працює на таку дату: щодо такого працівника зміни не наберуть чинності до моменту відновлення його статусу як такого, що Активно працює. Проте якщо протягом 31 (тридцяти одного) дня після зміни у заробітній платі або віднесення до певної категорії з більшою Страховою сумою Страхувальник не сплатить відповідну Страхову премію, необхідну для збільшення Страхової суми, якщо це вимагається, збільшення розміру Страхової суми буде дозволено у день, наступний за днем повернення до Активної роботи, за умови, що працівник надасть Страховикові підтвердження своєї відповідності вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим.

5. Припинення дії Програми

5.1. Дія цієї Програми щодо окремого працівника припиняється:

- 5.1.1. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли Договір Страхування припиняє свою дію;
- 5.1.2. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли трудовий договір між працівником і Страхувальником припиняє свою дію;
- 5.1.3. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли працівник перестає відноситись до групи осіб, що відповідають вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим;
- 5.1.4. О 24 годині 00 хвилин за київським часом останнього дня, встановленого Страховиком для сплати Страхової премії за відповідного працівника;
- 5.1.5. Наступного дня після закінчення періоду, визначеного Страховиком у вимозі (листі-нагадуванні) щодо сплати відповідної Страхової премії (її частини). Такий період не може бути меншим 1 (одного) місяця;
- 5.1.6. Відмовою Страховика у здійсненні Страхової виплати через навмисно неправдиві або неповні відповіді працівника та/або Страхувальника на питання про предмет Договору Страхування та інші питання, поставлені Страховиком у письмовій формі.
- 5.2. Припинення дії цієї Програми щодо окремого працівника не призводить до припинення її дії щодо інших Застрахованих осіб за Договором Страхування.
- 5.3. Невідповідність Застрахованої особи критеріям працівника, який Активно працює, буде мати ті самі юридичні наслідки (в тому числі ті, що зазначені в п.5.1 цієї Програми), що і припинення дії трудового договору між працівником і Страхувальником з урахуванням положень пункту 3.3 цієї Програми, якщо інше окремо не узгоджено між Страховиком і Страхувальником в Договорі Страхування.

**Програма групового страхування основних ризиків
Страхування на випадок природної смерті на певний строк**

1. Право бути застрахованим за цією Програмою

1.1. Право бути застрахованим за Програмою групового страхування основних ризиків Страхування на випадок природної смерті на певний строк (надалі – «Програма») мають працівники молодші 60 (шістдесяти) років, які Активно працюють, якщо інше не визначено умовами Договору Страхування.

1.2. Якщо інше не визначено Договором Страхування, в цілях Договору Страхування термін «працівник» використовується щодо працівників, які постійно та регулярно працюють повний робочий день за безстроковим трудовим договором на створений Страхувальником посади та на визначеній Страхувальником території, в офісі, що є прийнятним для Страховика в аспекті можливості надання страхового покриття.

1.3. Категорії/класи працівників, які можуть бути застраховані, встановлюються в Договорі Страхування.

1.4. Якщо працівник не є таким, що Активно працює на день початку страхування (набрання чинності Договором Страхування), початок його страхування буде відкладено до його повернення до Активної роботи, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

1.5. Кожен працівник зобов'язаний на вимогу Страховика надати підтвердження своєї відповідності вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим, що є умовою набуття статусу Застрахованої особи. Дана вимога поширюється на раніше звільнених осіб, що наймаються Страхувальником повторно.

2. Страховий Випадок

2.1. Страховим Випадком за цією Програмою є природна смерть Застрахованої Особи.

2.2. Згідно з умовами цієї Програми *природна смерть* – це смерть з будь-якої причини іншої, ніж Нещасний Випадок.

3. Умови здійснення Страхової виплати

3.1. В разі смерті Застрахованої особи протягом строку дії цієї Програми щодо такої особи Страховик зобов'язується, за умови отримання документів, що підтверджують смерть цієї Застрахованої особи, здійснити Страхову виплату у розмірі Страхової суми, встановленої щодо такої Застрахованої особи згідно з умовами Договору Страхування.

3.2. Страхову виплату буде здійснено Вигодонабувачеві, якщо його призначено Застрахованою особою. В разі, якщо Вигодонабувача не було призначено Застрахованою особою, Страхову виплату буде здійснено відповідно до вимог чинного законодавства.

3.3. Додатково до умов п. 3.1 цієї Програми Страховик визнає Страховим Випадком та зобов'язується після отримання усіх необхідних документів здійснити Страхову виплату у розмірі Страхової суми, встановленої щодо Застрахованої особи відповідно до умов Договору Страхування, за умови виконання усіх перелічених нижче вимог:

- 1) Застрахована особа в результаті Нещасного Випадку або Хвороби стає та залишається повністю непрацездатною, і така непрацездатність не дозволяє їй займатися жодним професійним заняттям або працювати за наймом за винагороду або з метою отримання прибутку, та постійно залишаючись повністю непрацездатною, Застрахована особа помирає та причиною такої смерті не є результат Нещасного Випадку протягом 12 (дванадцяти) місяців після призупинення сплати Страхових премій щодо неї за цією Програмою та до моменту коли така Застрахована особа отримала право на Страхову виплату за Програмою групового страхування додаткових ризиків Страхування на випадок постійної повної непрацездатності (якщо передбачено умовами Договору Страхування);
- 2) Постійна Повна Непрацездатність настала в період дії цієї Програми щодо Застрахованої особи та до досягнення нею шістдесятирічного віку, якщо інше не передбачено Договором Страхування;
- 3) Пройшло щонайменше 12 (дванадцять) місяців безперервного страхування такої Застрахованої особи.

4. Зміни в умовах страхування окремого працівника

4.1. Якщо умови страхування змінюються в залежності від віднесення певного працівника до певної категорії або через зміну розміру заробітної плати, будуть застосовуватись такі положення:

4.1.1. Страхувальник розподіляє осіб, які можуть бути застраховані, на категорії (в залежності від займаних посад, аналогічних функціональних обов'язків) або класи за розміром заробітної плати, нікого не дискримінуючи при цьому. Такий розподіл не може бути змінений працівником.

4.1.2. Віднесення застрахованих працівників до певної категорії або класу за розміром заробітної плати коригуватиметься автоматично відповідно до нового розміру заробітної плати або нового розподілу за категоріями на дату, визначену в Договорі Страхування. Виключенням є випадки збільшення розміру Страхової суми щодо працівника, який не є таким, що Активно працює на таку дату: щодо такого працівника зміни не наберуть чинності до моменту відновлення його статусу як такого, що Активно працює. Проте, якщо протягом 31 (тридцяти одного) дня після зміни у заробітній платі або віднесення до певної категорії з більшою Страховою сумою Страхувальник не сплатить відповідну Страхову премію, необхідну для збільшення Страхової суми, якщо це вимагається, збільшення розміру Страхової суми буде дозволено у день, наступний за днем повернення до Активної роботи, за умови, що працівник надасть Страховикові підтвердження своєї відповідності вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим.

5. Припинення дії Програми

5.1. Дія цієї Програми щодо окремого працівника припиняється:

5.1.1. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли Договір Страхування припиняє свою дію;

5.1.2. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли трудовий договір між працівником і Страхувальником припиняє свою дію;

5.1.3. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли працівник перестає відноситись до групи осіб, що відповідають вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим;

5.1.4. О 24 годині 00 хвилин за київським часом останнього дня, встановленого Страховиком для сплати Страхової премії за відповідного працівника;

5.1.5. Наступного дня після закінчення періоду, визначеного Страховиком у вимозі (листі-нагадуванні) щодо сплати відповідної Страхової премії (її частини). Такий період не може бути меншим 1 (одного) місяця;

5.1.6. Відмовою Страховика у здійсненні Страхової виплати через навмисно неправдиві або неповні відповіді працівника та/або Страхувальника на питання про предмет Договору Страхування та інші питання, поставлені Страховиком.

5.2. Припинення дії цієї Програми щодо окремого працівника не призводить до припинення її дії щодо інших Застрахованих осіб за Договором Страхування.

5.3. Невідповідність Застрахованої особи критеріям працівника, який Активно працює, буде мати ті самі юридичні наслідки (в тому числі ті, що зазначені в п.5.1 цієї Програми), що і припинення дії трудового договору між працівником і Страхувальником з урахуванням положень пункту 3.3 цієї Програми, якщо інше окремо не узгоджено між Страховиком і Страхувальником в Договорі Страхування.

**Програма групового страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок постійної повної непрацездатності**

Наведені нижче спеціальні умови страхування за Програмою групового страхування додаткових ризиків Страхування на випадок постійної повної непрацездатності (надалі – «Програма») застосовуються у разі, якщо Договором Страхування передбачено страхування на випадок Постійної Повної Непрацездатності внаслідок:

1. Хвороби; або
2. Нещасного випадку; або
3. Нещасного випадку та/або Хвороби.

Ця Програма є додатковою до Програми групового страхування основних ризиків, зазначеної в Договорі Страхування. Договором Страхування може бути передбачено страхування за одним з ризиків, зазначених вище.

1. Визначення термінів

1.1. В умовах цієї Програми наведені нижче терміни матимуть такі значення:

1.1.1. **Нещасний Випадок** - будь-яке тілесне ушкодження, не спричинене Застрахованою особою навмисно, спричинене безпосередньо та незалежно випадковою, непередбачуваною дією зовнішніх причин, факторів, що знаходились поза контролем Застрахованої особи та призвели до її постійної повної непрацездатності або будь-якого іншого тілесного ушкодження, визначеного у Договорі Страхування.

1.1.2. **Постійна Повна Непрацездатність** – повна і остаточна непрацездатність Застрахованої особи, отримана внаслідок тілесних ушкоджень, хвороби, захворювання (крім тілесних ушкоджень, навмисно спричинених собі Застрахованою особою, незалежно від її психічного стану і від того, чи була вона здатна усвідомлювати власні дії), яка повністю робить неможливим здійснення Застрахованою особою будь-якої трудової діяльності чи виконання нею будь-якої роботи за винагороду або заради отримання прибутку чи заробітку протягом решти життя. При цьому Страховик не зобов'язаний брати до уваги та приймати будь-які відомості Фонду соціального страхування та інших органів та установ соціального захисту.

1.1.3. **Хвороба, Захворювання** – будь-який патологічний стан або аномальне (ненормальне) функціонування органів Застрахованої особи, об'єктивно діагностоване та не спричинене Нещасним Випадком.

2. Право бути застрахованим за цією Програмою

2.1. Право бути застрахованим за цією Програмою мають працівники молодші 60 (шістдесят) років, які Активно працюють, якщо інше не визначено умовами Договору Страхування.

3. Страховий Випадок та Страхова виплата

3.1. Страховим Випадком згідно з цією Програмою є настання Постійної Повної Непрацездатності Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку та/або Хвороби (як це зазначено в Договорі Страхування залежно від виду страхового покриття) протягом дії даної Програми за таких умов:

3.1.1. Постійна Повна Непрацездатність Застрахованої особи настала до досягнення Застрахованою особою 60 (шістдесят) річного віку, якщо інший вік не передбачено Договором Страхування, та до дня припинення дії цієї Програми щодо Застрахованої особи згідно з положеннями відповідного Договору Страхування, та

3.1.2. Страхувальник або Застрахована особа зобов'язаний надати належне підтвердження (в тому числі, але не обмежуючись документальними) наявності безперервності, протягом не менше 12 (дванадцяти) місяців, починаючи з дати Хвороби або Нещасного Випадку, Постійної Повної Непрацездатності Застрахованої особи.

3.1.3. Проте, в разі повної та невідновної втрати зору на обидва ока або втрати через відчленування двох або більше кінцівок (на рівні або вище зап'ястка або гомілковостопного суглоба) Страховик може не застосовувати дванадцятимісячний період очікування та визнати стан Застрахованої особи як Постійну Повну Непрацездатність невідкладно.

3.2. У разі настання Постійної Повної Непрацездатності, яка відповідає наведеним вище вимогам п. 3.1 цієї Програми, Страховик зобов'язується здійснити Страхові виплати відповідно до умов Договору Страхування та таких положень:

3.2.1. Страхова виплата здійснюється 60 (шістдесятьма) рівними щомісячними платежами, якщо інше не передбачено умовами Договору Страхування. Перший платіж здійснюється:

1) через 12 (дванадцять) місяців з моменту настання Постійної Повної Непрацездатності, за умови, що протягом 12 (дванадцяти) місяців з моменту настання Постійної Повної Непрацездатності, коли Страхувальник припиняє сплачувати Страхові премії щодо Застрахованої особи, Страхувальник або Застрахована особа надасть належні підтвердження (в тому числі, але не обмежуючись документальними) виникнення та існування Постійної Повної Непрацездатності безперервно протягом 12 (дванадцяти) місяців; або

2) через 3 (три) місяці після дати надання Страхувальником або Застрахованою Особою належних підтверджень (в тому числі, але не обмежуючись документальними) про те, що така Постійна Повна Непрацездатність існувала безперервно протягом не менше 12 (дванадцяти) місяців, якщо такі підтвердження надані пізніше, ніж протягом 12 (дванадцяти) місяців з дати, на яку Страхувальник припиняє сплачувати Страхові премії щодо Застрахованої особи. Протягом існування Постійної Повної Непрацездатності всі Страхові виплати згідно з цією Програмою підлягають виплаті Застрахованій особі.

3.2.2. У разі смерті Застрахованої особи після отримання Страховиком належного підтвердження Постійної Повної Непрацездатності Застрахованої особи, але до моменту здійснення Страховиком будь-яких Страхових виплат, Страхові виплати за цією Програмою страхування здійснюються однією сумою Вигодонабувачу, якого призначено згідно з положеннями відповідного Договору Страхування.

3.2.3. У разі смерті Застрахованої особи до моменту здійснення всіх належних Страхових виплат, невикладені виплати здійснюються однією сумою Вигодонабувачу, якого призначено згідно з положеннями відповідного Договору Страхування.

4. Підтвердження непрацездатності

4.1. Страховик має право у будь-який час протягом перших 2 (двох) років після початку здійснення Страхових виплат за цією Програмою та надалі не частіше ніж один раз на рік вимагати отримання підтверджень (в тому числі, але не обмежуючись документальними) продовження існування Постійної Повної Непрацездатності.

4.2. Страховик також має право протягом періоду здійснення Страхових виплат згідно з цією Програмою самостійно обирати лікаря для проведення медичного обстеження Застрахованої особи через розумно необхідні проміжки часу протягом перших 2 (двох) років періоду здійснення Страхових виплат та після перших 2 (двох) років періоду здійснення Страхових виплат – не частіше ніж один раз на рік.

4.3. Якщо Застрахована особа не надає підтвердження (в тому числі, але не обмежуючись документальними) продовження існування Постійної Повної Непрацездатності або не проходить медичне обстеження протягом 90 (дев'яноста) днів з дати відповідної вимоги Страховика, здійснення Страхових виплат за цією Програмою припиняється.

4.4. Страховик має виключне право приймати рішення щодо визнання Застрахованої особи постійно та повністю непрацездатною за результатами медичного обстеження Застрахованої особи. Його рішення має бути підтверджено відповідним лікарем (лікарями), призначеним(и) Страховиком.

5. Припинення дії Програми

5.1. Дія цієї Програми щодо окремого працівника припиняється:

5.1.1. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли Договір Страхування припиняє свою дію;

5.1.2. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли трудовий договір між працівником і Страхувальником припиняє свою дію;

5.1.3. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли працівник перестає відноситись до групи осіб, що відповідають вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим;

5.1.4. О 24 годині 00 хвилин за київським часом останнього дня, встановленого Страховиком для сплати Страхової премії за відповідного працівника;

5.1.5. Наступного дня після закінчення періоду, визначеного Страховиком у вимозі (листі-нагадуванні) щодо сплати відповідної Страхової премії (її частини). Такий період не може бути меншим 1 (одного) місяця;

5.1.6. Відмовою Страховика у здійсненні Страхової виплати через навмисно неправдиві або неповні відповіді працівника та/або Страхувальника на питання про предмет Договору Страхування та інші питання, поставлені Страховиком у письмовій формі;

5.1.7. У випадку здійснення виплати 100% Страхової суми.

5.2. Припинення дії цієї Програми щодо окремого працівника не призводить до припинення її дії щодо інших Застрахованих осіб за Договором Страхування.

5.3. Невідповідність Застрахованої особи критеріям працівника, який Активно працює, буде мати ті самі юридичні наслідки (в тому числі ті, що зазначені в п.5.1 цієї Програми), що і припинення дії трудового договору між працівником і Страхувальником, якщо інше окремо не узгоджено між Страховиком і Страхувальником в Договорі Страхування.

5.4. Страхувальник має право припинити дію цієї Програми не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до настання терміну сплати Страхової премії, шляхом надання письмової заяви Страховику, за умови що Договір Страхування зберігає чинність, якщо інше не передбачено Договором Страхування. В такому разі Страховик підтверджує факт припинення дії цієї Програми з ініціативи Страхувальника, оформивши відповідний Додаток до Договору Страхування.

5.5. 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 останнього дня оплаченого строку страхування.

**Програма групового страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок постійної часткової непрацездатності**

Наведені нижче спеціальні умови страхування за Програмою групового страхування додаткових ризиків Страхування на випадок постійної часткової непрацездатності (надалі – «Програма») застосовуються у разі, якщо Договором Страхування передбачено страхування на випадок Постійної Часткової Непрацездатності внаслідок:

1. Хвороби; або
2. Нещасного випадку; або
3. Нещасного випадку та/або Хвороби.

Ця Програма є додатковою до Програми групового страхування основних ризиків, зазначеної в Договорі Страхування. Договором Страхування може бути передбачено страхування за одним з ризиків, зазначених вище.

1. Визначення термінів

1.1. В умовах цієї Програми наведений нижче термін матиме таке значення:

Постійна Часткова Непрацездатність – повна і остаточна фізична втрата або повна втрата функції будь-якої частини тіла, зазначеної в Таблиці видів втрат нижче, незалежно від професії, посади та функціональних обов'язків Застрахованої особи. Будь-яке інше визначення повної часткової непрацездатності не приймається Страховиком до уваги та не впливає на рішення щодо Страхової виплати за цією Програмою або щодо її розміру.

2. Право бути застрахованим за цією програмою

2.1. Право бути застрахованим за цією Програмою мають працівники молодші 60 (шістдесяти) років, які Активно працюють, якщо інше не визначено умовами Договору Страхування.

3. Страховий Випадок та Страхова виплата

3.1. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Страховик зобов'язується здійснити Страхову виплату Застрахованій особі однією грошовою сумою у розмірі, зазначеному в Таблиці видів втрат (пункт 3.2 цієї Програми), в разі, якщо працівник стає постійно частково непрацездатним внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби до припинення дії відповідної основної програми групового страхування життя щодо такого працівника та принаймні через **90 (дев'яносто) календарних днів** страхування цієї Застрахованої особи за Програмою.

3.2. Таблиця видів втрат:

Опис Постійної Часткової Непрацездатності	Розмір Страхової виплати (у відсотках від Страхової Суми)
Втрата руки на рівні між плечем та зап'ястком	100%
Втрата руки на рівні нижче зап'ястку	100%
Втрата чотирьох пальців та великого пальця руки	80%
Втрата чотирьох пальців руки	70%
Втрата повністю всього великого пальця руки	50%
Втрата повністю всього вказівного пальця руки	20%
Втрата повністю всього середнього пальця руки	12%
Втрата повністю всього безіменного пальця руки	10%
Втрата повністю всього мізинця руки	8%
Втрата ноги на рівні стегна	100%
Втрата ноги на рівні між коліном та стегном	100%
Втрата ноги на рівні нижче коліна	70%
Втрата всіх пальців стопи	30%
Втрата одного ока	100%
Глухота на обидва вуха	100%
Глухота на одне вухо	30%
Втрата великого пальця стопи	10%
Втрата будь-якого пальця стопи, крім великого пальця ноги (якщо втрачено більше одного пальця ноги даний, відсоток виплачується за кожен)	2%

3.3. Страхова сума згідно з цією Програмою не повинна перевищувати **50%** Страхової суми згідно з відповідною основною програмою групового страхування життя.

3.4. В разі часткової втрати частин тіла, зазначених у Таблиці видів втрат (пункт 3.2 цієї Програми), розмір Страхової виплати буде розраховано у тій самій частці від розміру Страхової виплати, зазначеного в Таблиці видів втрат, в якій Застрахована особа зазнала втрату частини тіла.

4. Підтвердження непрацездатності

4.1. Після одержання заяви Застрахованої особи або Страхувальника щодо одержання Страхової виплати у зв'язку з настанням Постійної Часткової Непрацездатності, Страховик може призначити лікаря або групу лікарів для підтвердження факту настання та/або оцінки ступеню Постійної Часткової Непрацездатності, визначеної в Таблиці видів втрат (п. 3.2 Програми). Визначення факту настання та/або оцінки ступеню Постійної Часткової Непрацездатності лікарем (лікарями), призначеним (призначеними) Страховиком, вважається кінцевим та є підставою для визначення відсотку Страхової виплати.

5. Припинення дії Програми

5.1. Дія цієї Програми щодо окремого працівника припиняється:

5.1.1. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли Договір Страхування припиняє свою дію;

5.1.2. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли трудовий договір між працівником і Страхувальником припиняє свою дію;

5.1.3. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли працівник перестає відноситись до групи осіб, що відповідають вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим;

5.1.4. О 24 годині 00 хвилин за київським часом останнього дня, встановленого Страховиком для сплати Страхової премії за відповідного працівника;

5.1.5. Наступного дня після закінчення періоду, визначеного Страховиком у вимозі (листі-нагадуванні) щодо сплати відповідної Страхової премії (її частини). Такий період не може бути меншим 1 (одного) місяця;

5.1.6. Відмовою Страховика у здійсненні Страхової виплати через навмисно неправдиві або неповні відповіді працівника та/або Страхувальника на питання про предмет Договору Страхування та інші питання, поставлені Страховиком у письмовій формі;

5.1.7. У випадку здійснення виплати 100 % Страхової суми.

5.2. Припинення дії цієї Програми щодо окремого працівника не призводить до припинення її дії щодо інших Застрахованих осіб за Договором Страхування.

5.3. Невідповідність Застрахованої особи критеріям працівника, який Активно працює, буде мати ті самі юридичні наслідки (в тому числі ті, що зазначені в п.5.1 цієї Програми), що і припинення дії трудового договору між працівником і Страхувальником, якщо інше окремо не узгоджено між Страховиком і Страхувальником в Договорі Страхування.

5.4. Страхувальник має право припинити дію цієї Програми не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до настання терміну сплати Страхової премії, шляхом надання письмової заяви Страховику, за умови що Договір Страхування зберігає чинність, якщо інше не передбачено Договором Страхування. В такому разі Страховик підтверджує факт припинення дії цієї Програми з ініціативи Страхувальника, оформивши відповідний Додаток до Договору Страхування.

5.5. 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 останнього дня оплаченого строку страхування.

**Програма групового страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок встановлення групи інвалідності внаслідок нещасного випадку або хвороби**

Наведені нижче спеціальні умови страхування за Програмою групового страхування додаткових ризиків Страхування на випадок встановлення групи інвалідності внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби (надалі – «Програма») діють у разі, якщо Договором Страхування передбачено страхування відповідно до даної Програми.

Ця програма є додатковою до Програми групового страхування основних ризиків за умови виконання вимог Страховика щодо визнання Застрахованої особи такою, яка може бути застрахована, та якщо інше не передбачено Договором Страхування.

1. Визначення термінів

В умовах даної Програми наступні терміни матимуть наведені нижче значення:

I, II, III групи інвалідності – групи інвалідності, встановлені в порядку, визначеному законодавством України, чинним на дату настання Страхового Випадку.

2. Страховий Випадок

2.1. Договором Страхування може бути передбачено страхування за одним з таких варіантів Страхових Випадків:

2.1.1. розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II групи інвалідності, або

2.1.2. розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II, III групи інвалідності (надається виключно за згодою Страховика, зважаючи на характеристики групи Застрахованих осіб); або

2.1.3. розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, що призвів до встановлення Застрахованій особі I групи інвалідності; або розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, що призвів до встановлення Застрахованій особі II, III групи інвалідності; або

2.1.4. розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II групи інвалідності; або розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, що призвів до встановлення Застрахованій особі III групи інвалідності; або

2.1.5. розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II групи інвалідності; або

2.1.6. розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II, III групи інвалідності.

2.2. У разі настання Страхового Випадку Страховик здійснить Страхову виплату Застрахованій особі. Розмір Страхової виплати визначається як відсоток від Страхової суми згідно із пунктом 4 даної Програми за умови, що:

2.2.1. Нещасний Випадок або Хвороба, що призвели до інвалідності Застрахованої особи, сталися або були вперше діагностовані в період дії цієї Програми згідно з Договором Страхування;

2.2.2. Інвалідність було встановлено впродовж 365-ти календарних днів, що слідували за датою настання Нещасного Випадку або діагностування хвороби, що призвели до такої інвалідності.

2.3. Страхова виплата здійснюється згідно із пунктом 4 даної Програми відповідно до групи інвалідності, встановленої медико-соціальними експертними комісіями (надалі – МСЕК) або іншим уповноваженим органом згідно з чинним законодавством України. Страховик має право вимагати результати медичних обстежень та документи відносно медичних обстежень, та у разі необхідності направляти Застраховану особу на додаткове медичне обстеження стосовно встановлення групи інвалідності.

2.4. Страхова виплата здійснюється на підставі отримання належним чином оформленої та/або засвідченої згідно з чинним законодавством документації, необхідної для підтвердження настання Страхового Випадку та розміру зобов'язань Страховика за даною Програмою.

2.5. Отримання Страхової виплати, що дорівнює 100% Страхової суми за даною Програмою, припиняє дію даної Програми для окремої (певної) Застрахованої особи, але Застрахована особа не втрачає права бути застрахованою за основною програмою групового страхування життя, якщо це не суперечить умовам основної програми групового страхування життя або Договору Страхування. Розмір Страхової виплати за цією Програмою не може перевищувати 100% Страхової суми за цією Програмою.

2.6. Договір Страхування, до складу якого входить ця Програма може передбачати:

2.6.1. Страхову виплату за цією Програмою, що сплачується незалежно від Страхової виплати за основною програмою; або

2.6.2. Страхову виплату за цією Програмою, на суму якої буде зменшено Страхову виплату за основною програмою у разі настання Страхового Випадку.

Якщо інше не передбачено Договором страхування, один з варіантів, викладених у пп.2.6.1-2.6.2 цієї Програми, визначається та погоджується Сторонами в Договорі Страхування.

2.7. Страхова сума за цією Програмою, не може перевищувати 100% Страхової суми за основною програмою групового страхування життя. Страховик може додатково обмежити розмір Страхової суми за згодою Страхувальника в Договорі Страхування.

3. Визначення розміру Страхових виплат

3.1. У разі настання Страхового Випадку Страхова виплата здійснюється згідно з умовами цієї Програми в розмірі Страхової суми, зазначеної в Договорі Страхування, або її частини, визначеної у пункті 3.3 цієї Програми.

3.2. Сторони можуть обирати та визначати в Договорі страхування один з варіантів розміру Страхових виплат, що здійснюватимуться однією грошовою сумою у випадку встановлення Застрахованій особі інвалідності. Варіанти розміру Страхових виплат наведено у таблиці «Варіанти розміру Страхових виплат» пункту 3.3 цієї Програми.

3.3. Варіанти розміру Страхових виплат

Варіант	Розмір Страхової виплати у % від Страхової суми за цією Програмою у випадку встановлення Застрахованій особі інвалідності		
	I групи	II групи	III групи
I	100	75	50
II	100	80	60

3.4. У випадку, якщо після здійснення Страхової виплати за цією Програмою Застрахована особа залишається застрахованою за цією Програмою та основною програмою групового страхування життя, та якщо їй буде встановлено групу інвалідності, що передбачає більший розмір Страхової виплати, Застрахована особа отримає Страхову виплату, що відповідає такій групі інвалідності, за вирахуванням суми, що вже була виплачена Застрахованій особі за цією Програмою. Загальний розмір Страхових виплат не повинен перевищувати 100% Страхової суми, зазначеної у Договорі Страхування для цієї Програми.

4. Підтвердження, необхідне для здійснення Страхової виплати

4.1. Для здійснення Страхової виплати, заявник зобов'язаний надати Страховикові:

- 1) Довідку, видану МСЕК про встановлення групи інвалідності з зазначенням висновку про умови та характер праці або інший офіційний документ про встановлення групи інвалідності, встановленої уповноваженим органом відповідно до законодавства України, чинного на дату настання Страхового Випадку;
- 2) Медичну документацію, що розкриває причину інвалідності (виписка з медичної карти стаціонарного/амбулаторного хворого, довідка з лікувального закладу, направлення на МСЕК, або будь-які інші документи, видані МСЕК, тощо);
- 3) Медичну карту амбулаторного хворого;
- 4) Акт про нещасний випадок невиробничого/виробничого характеру (у випадку настання інвалідності внаслідок нещасного випадку);
- 5) Інші документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання інвалідності на запит Страховика, враховуючи особливості конкретного Страхового Випадку;
- 6) Довідку з місця роботи, що підтверджує статус працівника як такого, що є працівником Страхувальника.

Всі документи, що надаються Страховикові для підтвердження факту, причин та обставин Страхового Випадку, мають бути надані належним чином у оригіналі або у формі засвідчених у встановленому чинним законодавством України порядку копій (нотаріально або у закладі, що видавав документ).

4.2. Страховик має право робити запити до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ та організацій незалежно від форми власності, що володіють інформацією про причини та обставини Страхового Випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини Страхового Випадку, які впливають на рішення Страховика під час ухвалення рішення щодо здійснення Страхової виплати.

5. Припинення дії Програми

5.1. Дія цієї Програми щодо окремого працівника припиняється:

5.1.1. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли Договір Страхування припиняє свою дію;

5.1.2. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли трудовий договір між працівником і Страхувальником припиняє свою дію;

5.1.3. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли працівник перестає відноситись до групи осіб, що відповідають вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим;

5.1.4. О 24 годині 00 хвилин за київським часом останнього дня, встановленого Страховиком для сплати Страхової премії за відповідного працівника;

5.1.5. Наступного дня після закінчення періоду, визначеного Страховиком у вимозі (листі-нагадуванні) щодо сплати відповідної Страхової премії (її частини). Такий період не може бути меншим 1 (одного) місяця;

5.1.6. Відмовою Страховика у здійсненні Страхової виплати через навмисно неправдиві або неповні відповіді працівника та/або Страхувальника на питання про предмет Договору Страхування та інші питання, поставлені Страховиком у письмовій формі;

5.1.7. У випадку здійснення виплати 100% Страхової суми.

5.2. Припинення дії цієї Програми щодо окремого працівника не призводить до припинення її дії щодо інших Застрахованих осіб за Договором Страхування.

5.3. Невідповідність Застрахованої особи критеріям працівника, який Активно працює, буде мати ті самі юридичні наслідки (в тому числі ті, що зазначені в п.5.1 цієї Програми), що і припинення дії трудового договору між працівником і Страхувальником, якщо інше окремо не узгоджено між Страховиком і Страхувальником в Договорі Страхування.

5.4. Страхувальник має право припинити дію цієї Програми не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до настання терміну сплати Страхової премії, шляхом надання письмової заяви Страховику, за умови що Договір Страхування зберігає чинність, якщо інше не передбачено Договором Страхування. В такому разі Страховик підтверджує факт припинення дії цієї Програми з ініціативи Страхувальника, оформивши відповідний Додаток до Договору Страхування.

5.5. 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 останнього дня оплаченого строку страхування.

6. Прикінцеві положення

6.1. У випадку змін у законодавстві України щодо встановлення груп інвалідності Сторони можуть узгодити відповідні зміни в Договорі Страхування.

6.2. Застрахованими особами за даною Програмою є повнолітні особи.

6.3. Дія програми поширюється лише на штатних працівників Страхувальника та на осіб, що виконують роботи для Страхувальника на підставі цивільно-правових договорів, укладених із Страхувальником, що є такими як на момент укладання Договору Страхування, так і на момент настання Страхового Випадку, якщо інше окремо не узгоджено між Страховиком і Страхувальником в Договорі Страхування.

**Програма групового страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку**

Наведені нижче спеціальні умови страхування за Програмою групового страхування додаткових ризиків Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку (надалі – «Програма») застосовуються у разі, якщо Договором Страхування передбачено страхування на випадок смерті внаслідок Нещасного Випадку. Ця програма є додатковою до Програми групового страхування основних ризиків.

1. Загальні положення

1.1. Згідно з цією Програмою, страхування Застрахованої особи здійснюється на письмову вимогу Страхувальника, здійснену в момент подання Заяви на укладення Договору Страхування або пізніше у відповідному Додатку до Договору Страхування протягом строку дії Договору Страхування.

1.2. Страховим Випадком за цією Програмою є смерть Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку.

1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата відповідної додаткової Страхової премії.

1.4. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової суми, визначеної у Договорі Страхування щодо Застрахованої особи, Вигодонабувачеві у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку за наявності усіх умов, зазначених у цій Програмі.

1.5. Страхова виплата за цією Програмою здійснюється тільки за умови, що:

1.5.1. Смерть Застрахованої особи була прямим, незалежним від будь-яких інших чинників наслідком тілесних ушкоджень, заподіяних зовнішнім, насильницьким та випадковим чином, про що (крім випадків утоплення або внутрішніх ушкоджень, виявлених розтином) існують докази у вигляді видимих синців або ран на поверхні тіла (далі – «травма»).

1.5.2. Смерть Застрахованої особи настала під час дії цієї Програми. Страховик повинен отримати підтвердження того, що смерть Застрахованої особи сталася до дати, яка зазначена у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми.

1.5.3. Нещасний Випадок, внаслідок якого настала смерть Застрахованої особи, стався під час дії цієї Програми. Страховик повинен отримати підтвердження того, що Нещасний Випадок стався із Застрахованою особою в період дії цієї Програми щодо такої особи.

1.6. Будь-які Страхові виплати за цією Програмою здійснюються відповідно до положень цієї Програми незалежно від будь-яких інших Страхових виплат згідно з Договором Страхування.

1.7. Страхова виплата буде здійснена, за умови що смерть Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку мала місце:

1.7.1. Під час дії цієї Програми щодо Застрахованої особи;

1.7.2. До дати чергової річниці дії Програми після 65-го дня народження Застрахованої особи, якщо інше не передбачено Договором Страхування;

1.7.3. Смерть мала місце протягом 365-ти календарних днів від дати Нещасного Випадку, який призвів до летального наслідку;

1.8. Неповнолітні особи, тобто особи, яким не виповнилося 18 (вісімнадцять) років, не можуть бути застраховані за цією Програмою.

2. Права Страховика у випадку смерті Застрахованої особи

2.1. Додатково до прав, передбачених в Правилах, 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.

3. Початок дії Програми

3.1. Датою початку дії цієї Програми буде дата початку дії основної програми групового страхування життя за 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. Припинення дії Програми

4.1. Страхувальник має право припинити дію цієї Програми не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до настання терміну сплати Страхової премії, шляхом надання письмової заяви Страховику, за умови що Договір Страхування зберігає чинність, якщо інше не передбачено Договором Страхування. В такому разі Страховик підтверджує факт припинення дії цієї Програми з ініціативи Страхувальника, оформивши відповідний Додаток до Договору Страхування.

4.2. Додатково до умов Правил дія цієї Програми припиняється, якщо:

4.2.1. Страхова премія за цією Програмою, відповідною основною програмою групового страхування життя не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового періоду; або

4.2.2. Припинила дію відповідна основна програма групового страхування життя; або

4.2.3. Застраховану особу визнано психічно хворою; або

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

4.2.5. 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

4.2.6. Здійснено Страхову виплату згідно з цією Програмою у розмірі 100 % Страхової суми.

4.3. 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 останнього дня оплаченого строку страхування.

**Програма групового страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку**

Наведені нижче спеціальні умови страхування за Програмою групового страхування додаткових ризиків Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку (надалі – «Програма») застосовуються у разі, якщо Договором Страхування передбачено страхування на випадок Постійної Непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку. Ця Програма є додатковою до Програми групового страхування основних ризиків.

1. Загальні положення

- 1.1. Положення цієї Програми складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму.
- 1.2. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової премії.
- 1.3. Дати початку та закінчення дії цієї Програми та Страхова сума щодо Застрахованої особи зазначаються у Договорі Страхування
- 1.4. У випадку Постійної Непрацездатності Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку Страховик погоджується здійснити Страхову виплату у відповідності до цієї Програми на користь Застрахованої особи.
- 1.5. Будь-які Страхові виплати здійснюються відповідно до положень цієї Програми. Страхові виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових виплат, що підлягають виплаті відповідно до умов Договору Страхування.

2. Страховий Випадок та Страхова виплата

- 2.1. Страховим Випадком згідно з цією Програмою є Постійна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку.
- 2.2. Страхова виплата буде здійснена, за умови що Страховий Випадок мав місце:
 - 2.2.1. Протягом дії цієї Програми щодо Застрахованої особи;
 - 2.2.2. До дати чергової річниці дії Програми після 65-го дня народження Застрахованої особи, якщо інше не передбачено Договором Страхування.
- 2.3. Страхові виплати здійснюються за умови, що 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.
- 2.4. Постійна Непрацездатність визначається за допомогою спеціальної Таблиці Видів Втрат. Страховик здійснює Застрахованій особі Страхові виплати, які дорівнюють частці Страхової суми згідно з Таблицею Видів Втрат для конкретної травми, але за умови, що така Постійна Непрацездатність сталася протягом 365-ти календарних днів після дати Нещасного Випадку, який зумовив таку Постійну Непрацездатність.
- 2.5. 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 вказані в Таблиці Видів Втрат, при цьому не береться до уваги професія чи місце роботи Застрахованої особи;
- 2.6. 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 загальну Страхову суму, зазначену у Договорі Страхування за цією Програмою.
- 2.7. Якщо стан Застрахованої особи погіршується через відмову або недбалість Застрахованої особи 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. У разі попереднього погіршення фізичного стану здоров'я Застрахованої особи тільки реальні та дійсні наслідки вказаного Нещасного Випадку мають бути основою для визначення розміру Страхових виплат.
- 2.8. Якщо Застрахована особа є ліворукою та зазначила це у Заяві на укладання Договору Страхування або це офіційно визнано, тоді визначені нижче частки Страхової суми для різних видів втрат лівих та правих кінцівок взаємно змінюються.
- 2.9. Дія цієї Програми припиняється одразу після настання Постійної та Повної Непрацездатності Застрахованої особи, яка визначається згідно з умовами цієї Програми, але настання такого Страхового Випадку не зумовлює припинення дії Договору Страхування в цілому.
- 2.10. До будь-яких органів або частин тіла, що мають постійну аномалію або патологію, яка існувала до настання Нещасного Випадку, не застосовуються положення Договору Страхування в частині їх раніше наявної аномалії або патології.
- 2.11. Визначення виду втрати:
 - 2.11.1. 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 кінцівку;
 - 2.11.2. Втрата ока означає повну та невідновну втрату зору; втратою зору вважається чіткість зору після корекції 3/60 або менше за шкалою Снеллера;
 - 2.11.3. Втрата слуху або мови означає повну та невідновну втрату слуху або мови.

3. Види Втрат

Таблиця Видів Втрат

Вид Втрати	Розмір Страхової виплати (у % 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 мови	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%	
Постійна Часткова Непрацездатність		
Голова		
– Втрата кісткової тканини черепа по всій його товщині	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 верхньощелепної кістки	40%	
Повна глухота на одне вухо	30%	
Повна втрата одного ока (зору на одне око)	40%	
Верхні кінцівки	Права	Ліва
Втрата однієї руки або кисті	60%	50%
Значна втрата кісткової тканини плечової кістки /чітко виражене та невиліковне ураження	50%	40%
Повний параліч верхньої кінцівки /невиліковне ураження нервів	65%	55%
Повний параліч огинального нерву	20%	15%
Анкілоз плеча	40%	30%
Анкілоз ліктя:		
у сприятливому положенні /15 градусів від прямого кута;	25%	20%
- у несприятливому положенні	40%	35%
Поширена втрата кісткової тканини двох кісток передпліччя /чітко виражене та невиліковне ураження	40%	30%
Повний параліч середнього нерву	45%	35%
Повний параліч променевого нерву на рівні суглобової западини ліктьового суглоба	40%	35%
Повний параліч променевого нерву на рівні кисті	20%	15%
Повний параліч ліктьового нерву	30%	25%
Анкілоз зап'ястка у сприятливому положенні /прямо і 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 втрата вказівного пальця	15%	10%
Повна втрата двох фаланг вказівного пальця	10%	8%
Повна втрата нігтьових фаланг вказівного пальця	5%	3%
Одночасна втрата великого і вказівного пальців	35%	25%
Повна втрата великого пальця та іншого пальця (крім вказівного)	25%	20%
Повна втрата двох пальців (крім великого та вказівного)	12%	8%
Повна втрата трьох пальців (крім великого та вказівного)	20%	15%
Повна втрата чотирьох пальців, включаючи великий палець	45%	40%
Повна втрата чотирьох пальців, виключаючи великий палець	40%	35%
Повна втрата середнього пальця	10%	8%

Повна втрата пальця (крім великого, вказівного та середнього)	7%	3%
Нижні Кінцівки		
Повна втрата нижньої кінцівки на рівні верхньої половини стегна	60%	
Повна втрата нижньої кінцівки на рівні нижньої половини стегна	50%	
Повна втрата стопи / на рівні гомілково-стопного суглоба	45%	
Часткова втрата стопи /на рівні підтаранного суглоба	40%	
Часткова втрата стопи / на рівні поперечного суглоба стопи	35%	
Часткова втрата стопи /на рівні передплюсно-плюсневого суглоба	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	30%	
Повний параліч внутрішнього підколінного сідничного нерва	20%	
Анкілоз кульшового суглоба	40%	
Анкілоз колінного суглоба	20%	
Втрата кісткової тканини стегна або обох кісток гомілки (невиліковний стан)	60%	
Втрата кісткової тканини наслідком розходженням фрагментів та значним обмеженням рухів при випрямленні ноги	40%	
Втрата кісткової тканини наслідком 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%	
Втрата чотирьох пальців стопи, включаючи великий палець	20%	
Повна втрата чотирьох пальців стопи (крім великого)	10%	
Повна втрата великого пальця стопи	10%	
Повна втрата двох пальців стопи (крім великого)	5%	
Втрата 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 вказаних частин тіла.

4. Права Страховика у разі настання Страхового Випадку

4.1. Додатково до прав, передбачених в Правилах, 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.

5. Початок дії Програми

5.1. Датою початку дії цієї Програми буде дата початку дії основної програми групового страхування життя за Договором 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.

6. Припинення дії Програми

6.1. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Страховальник має право припинити дію цієї Програми не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до настання терміну сплати Страхової премії, шляхом надання письмової заяви Страховику, за умови, що Договір Страхування зберігає чинність. В такому випадку Страховик підтверджує факт припинення дії цієї Програми з ініціативи Страховальника, оформивши відповідний Додаток до Договору Страхування.

6.2. Дія цієї Програми припиняється та Страховик звільняється від своїх відповідних зобов'язань у наступних випадках:

6.2.1. Здійснення Страхової виплати на випадок Постійної та Повної Непрацездатності; або

6.2.2. Здійснення виплати 100% Страхової суми внаслідок одного або кількох Нещасних Випадків у випадку Постійної Непрацездатності.

6.3. Додатково до умов Правил дія цієї Програми припиняється, якщо:

6.3.1. Застраховану особу визнано психічно хворою; або

- 6.3.2. Застрахована особа вступила до військових наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
- 6.3.3. 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
- 6.3.4. Страхова премія за цією Програмою та/або основною програмою групового страхування життя не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового періоду, або
- 6.3.5. Дію основної програми групового страхування життя припинено на будь-яких підставах.
- 6.4. 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 Страхової премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою останнього дня оплаченого строку страхування.

**Програма групового страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок смерті/каліцтва/постійної та повної непрацездатності внаслідок нещасного випадку**

Наведені нижче спеціальні умови страхування за Програмою групового страхування додаткових ризиків Страхування на випадок смерті/каліцтва/постійної та повної непрацездатності внаслідок нещасного випадку (надалі – «Програма») застосовуються у разі, якщо Договором Страхування передбачено страхування на випадок смерті/каліцтва/постійної та повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку. Ця програма є додатковою до Програми групового страхування основних ризиків.

1. Загальні положення

1.1. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової премії.

1.2. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової суми, визначеної у Договорі Страхування, Вигодонабувачеві у разі смерті Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, за умови, що:

- 1) Нещасний Випадок, що спричинив смерть Застрахованої особи, мав місце під час дії цієї Програми,
- 2) відповідні документи, що підтверджують смерть Застрахованої особи, будуть надані Страховикові відповідно до умов Правил, та
- 3) дотримано інші умови, викладені в цій Програмі.

1.3. У випадку Постійної та Повної Непрацездатності або Каліцтва Застрахованої особи в результаті Нещасного Випадку Страховик погоджується здійснити Страхову виплату відповідно до цієї Програми на користь Застрахованої особи.

1.4. Будь-які Страхові виплати здійснюються відповідно до положень цієї Програми. Страхові виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових виплат, належних до виплати відповідно до умов Договору Страхування.

2. Страховий Випадок та Страхові виплати

2.1. Страховими Випадками за цією Програмою є Смерть, Каліцтво та/або Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку.

2.1.1. Смерть внаслідок Нещасного Випадку

- 1) Якщо внаслідок Нещасного Випадку Застрахована особа отримала тілесні ушкодження, що призвели до її смерті, Страховик зобов'язаний здійснити Страхову Виплату Вигодонабувачеві, за умови що смерть настала протягом 365-ти календарних днів після дати Нещасного Випадку, який спричинив таку смерть.
- 2) Якщо Застрахована особа була застрахована і на випадок Смерті в результаті Нещасного Випадку, і на випадок Постійної та Повної Непрацездатності в результаті Нещасного Випадку за одним і тим самим Договором Страхування, то настання такої Постійної та Повної Непрацездатності та Смерть Застрахованої особи в результаті одного і того самого тілесного ушкодження розглядаються як настання одного Страхового Випадку, а саме: Смерть Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку.
- 3) Якщо Застрахована особа отримала Страхову Виплату на випадок Постійної та Повної Непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку, і якщо після цього ті ж самі тілесні ушкодження зумовлять Смерть Застрахованої особи, то будь-які суми здійснених Страхових виплат на випадок Постійної та Повної Непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку, вираховуються із належної Страхової виплати на випадок Смерті внаслідок Нещасного Випадку, і Страховик виплатить тільки різницю.

2.1.2. Постійна та Повна Непрацездатність

1) Якщо внаслідок Нещасного Випадку Застрахована Особа отримала тілесні ушкодження, що протягом періоду 365 календарних днів, починаючи з дати Нещасного Випадку, призведуть до Постійної та Повної Непрацездатності Застрахованої особи, яка не дозволить їй займатися жодним професійним заняттям або працювати за наймом за винагороду або з метою отримання прибутку, тоді Страховик виплатить, за умови що така непрацездатність тривала протягом 12 (дванадцяти) місяців безперервно і є повною, безперервною та постійною в кінці цього періоду, Страхову суму за вирахуванням будь-яких інших сум, які були виплачені або підлягають виплаті у зв'язку з будь-яким іншим видом втрат за Договором Страхування внаслідок того самого Нещасного Випадку.

2) Однак, не зважаючи на викладене вище, Страховик вважатиме Постійною та Повною Непрацездатністю наведене нижче:

<i>Опис Повної та Постійної Непрацездатності</i>	<i>Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)</i>
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%

3) Страховик вираховує із Страхової виплати будь-які суми, які були сплачені раніше у зв'язку із тим самим видом втрат внаслідок того самого Нещасного Випадку.

2.1.3. Каліцтво

1) Якщо внаслідок Нещасного Випадку, передбаченого згідно з цією Програмою, має місце Каліцтво, яке зазначене нижче у Таблиці Видів Втрат, тоді Страховик здійснює Застрахованій Особі Страхову Виплату, яка є дорівнює частці від Страхової суми згідно з Таблицею Видів Втрат для конкретного виду Каліцтва, але за умови, що таке Каліцтво сталося протягом 365-ти календарних днів після Нещасного Випадку, який його зумовив.

Вид каліцтва	Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)	
	Права/ Right	Ліва/ Left
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) Якщо Застрахована особа є ліворукою та зазначила це у Заяві на укладання Договору Страхування або це офіційно визнано, тоді визначені вище частки від Страхової суми для різних видів непрацездатності лівих та правих кінцівок взаємно змінюються.

3) Якщо наслідки Нещасного Випадку погіршуються через відмову або недбалість Застрахованої особи 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 із таким Нещасним Випадком, якби вона отримала відповідне та раціональне медичне лікування. 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.

4) Розмір Страхових виплат, пов'язаних із видами Каліцтва, які не зазначені в Таблиці Видів Втрат, розраховується відповідно до їх серйозності в порівнянні з тими видами, що зазначені в Таблиці Видів Втрат, і при цьому не береться до уваги професія чи місце роботи Застрахованої особи.

5) Загальна сума Страхових виплат, яка сплачується через настання декількох видів Каліцтва внаслідок одного Нещасного Випадку, розраховується шляхом додавання різних сум, але загальний розмір не повинен перевищувати загальну Страхову суму, зазначену у Договорі Страхування.

6) Будь-які органи або частини тіла, що мають постійну аномалію або патологію, яка існувала до настання Нещасного Випадку, виключаються із Договору Страхування в частині їх раніше наявної аномалії або патології.

2.2. Страхова виплата буде здійснена, за умови що Страховий випадок мав місце:

2.2.1. Протягом дії цієї Програми щодо Застрахованої особи; та

2.2.2. До дати чергової річниці дії Програми після 65-го дня народження Застрахованої особи, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

3. Заява на здійснення Страхових виплат

3.1. Підтвердження Смерті внаслідок Нещасного Випадку надається одним із Вигодонабувачів або його законним представником у вигляді свідцтва про смерть або у разі зникнення тіла - судового рішення про оголошення фізичної особи померлою, що набрало законної сили.

3.2. Страхові виплати на випадок Постійної та Повної Непрацездатності або Каліцтва внаслідок Нещасного Випадку здійснюються після медичного визнання непрацездатності Постійною та Повною або визнання Каліцтва. У разі втрати функціональної здатності кінцівки, втрати зору, мови чи слуху основою для Страхових виплат є тільки така Непрацездатність, яка триває безперервно протягом 12 місяців після Нещасного Випадку, а також є повною, безперервною та постійною на кінець цього періоду.

4. Зовнішній вплив на Застраховану особу та її зникнення

4.1. Якщо через Нещасний Випадок згідно з цією Програмою Застрахована особа неминуче піддається зовнішньому впливові, в результаті якого зазнає Непрацездатності, 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 аварій транспортного засобу, на якому в якості пасажирів 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. Права Страховика у разі настання Страхового Випадку

5.1. Додатково до прав, передбачених умовами Правил, Страховик має право проводити обстеження Застрахованої особи з метою визначення, є її 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 вищезазначеного медичного обстеження.

6. Початок дії Програми

6.1. Датою початку дії цієї Програми буде дата початку дії основної програми групового страхування життя 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.

7. Припинення дії Програми

7.1. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Страхувальник має право припинити дію цієї Програми не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до настання терміну сплати Страхової премії, шляхом надання письмової заяви Страховику, за умови що Договір Страхування зберігає чинність. В такому випадку Страховик підтверджує факт припинення дії цієї Програми з ініціативи Страхувальника, оформивши відповідний Додаток до Договору Страхування.

7.2. Дія цієї Програми припиняється та Страховик звільняється від своїх відповідних зобов'язань у таких випадках:

7.2.1. Здійснення виплати 100% Страхової суми у зв'язку з настанням одного або кількох Нещасних Випадків.

7.3. Додатково до умов Правил дія цієї Програми щодо відповідної Застрахованої особи 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. Страхова премія за цією Програмою та/або основною програмою групового страхування життя не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового періоду; або

7.3.5. Договір Страхування, укладений за основною програмою групового страхування життя, набув статусу Сплаченого Договору Страхування, або мала місце відмова від основної програми групового страхування життя або її дію припинено на інших підставах.

7.4. 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.

Програма групового страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок тимчасової повної непрацездатності внаслідок нещасного випадку

Наведені нижче спеціальні умови страхування за Програмою групового страхування додаткових ризиків Страхування на випадок тимчасової повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку (надалі – «Програма») застосовуються та діють у разі, якщо Договором Страхування передбачено страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок Нещасного Випадку. Ця Програма є додатковою до Програми групового страхування основних ризиків.

1. Загальні положення

1.1. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової премії.

1.2. Страхові виплати згідно з цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших сум Страхових виплат відповідно до умов Договору 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 з встановленим діагнозом) безперервно перебувала в лікарні в якості стаціонарного хворого протягом строку не менше, ніж 24 (двадцять чотири) години.

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

- 1) має ліцензію на здійснення медичної допомоги та лікування (якщо така ліцензія вимагається законодавством);
- 2) призначений в основному для надання стаціонарної медичної допомоги хворим;
- 3) здійснює цілодобово сестринський догляд кваліфікованими медсестрами та має хоча б одного ліцензованого та кваліфікованого (дипломованого та сертифікованого) лікаря;
- 4) має в наявності обладнання для діагностики та проведення хірургічного втручання в своїх приміщеннях або в інших пристосованих для цього приміщеннях за домовленістю;
- 5) не є медсестринським відділенням лікарні, денним стаціонаром, а також відділенням з надання допомоги особам похилого віку 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.;
- 6) 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.

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; та/або

3.1.2. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, який призвів до госпіталізації.

3.2. Якщо Застрахована особа зазнає хірургічного втручання внаслідок Нещасного Випадку, який вперше 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 в результаті Нещасного Випадку).

3.3. Якщо Застрахована особа зазнає хірургічного втручання, яке підпадає під дію страхування 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. Страховик також здійснює Страхові виплати у випадку госпіталізації Застрахованої особи в результаті Нещасного Випадку у розмірі, який зазначено у Договорі Страхування, за кожен день її фактичного перебування на стаціонарному лікуванні після 3-х послідовних днів госпіталізації і максимально до 180-го календарного дня, якщо Застрахована особа госпіталізується через тілесні ушкодження внаслідок Нещасного Випадку, який стався після Початку дії цієї Програми, а також якщо Застрахована особа перебуває під наглядом кваліфікованого лікаря.

3.6. За програмою встановлюється Страхова сума на випадок перебування Застрахованої особи у відділенні реанімації та інтенсивної терапії лікарні, яка дорівнює Страховій сумі на випадок госпіталізації, яка зазначена у Договорі Страхування.

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

3.8. Програмою також може бути передбачено здійснення Страхової виплати на випадок Тимчасової Повної Непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку, включаючи випадки амбулаторного лікування Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, якщо це передбачено Договором Страхування, та згідно з умовами, наведеними у Договорі Страхування

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

3.10. Якщо розмір здійснених Страхових виплат дорівнює Страховій сумі, встановленій для конкретного Страхового Випадку згідно з Договором Страхування, то Страховик звільняється від подальших зобов'язань щодо такого Страхового Випадку або його наслідків.

3.11. Страхові виплати згідно з цією Програмою здійснюються за умови, що Страховий Випадок відбувся в період дії цієї Програми.

4. Початок дії Програми

4.1. Датою початку дії цієї Програми буде дата початку дії основної програми групового страхування життя, якщо тільки цю Програму не було введено в дію та додано 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. Страхування Застрахованої особи за цією Програмою припиняється відповідно до умов припинення Договору Страхування або 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, які подані до закінчення дії цієї Програми.

5.2. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Страхувальник має право припинити дію цієї Програми не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до настання терміну сплати Страхової премії, шляхом надання письмової заяви Страховику, за умови що Договір Страхування зберігає чинність. В такому випадку Страховик підтверджує факт припинення дії цієї Програми з ініціативи Страхувальника, оформивши відповідний Додаток до Договору Страхування.

5.3. 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.

5.4. Дія цієї Програми припиняється також, якщо Україна перестає бути місцем постійного проживання Застрахованої особи або Страхувальника.

5.5. Додатково до умов Правил дія цієї Програми припиняється, якщо:

5.5.1. Страхова премія за цією Програмою та/або основною програмою групового страхування життя не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового періоду, або

5.5.2. Дію основної програми групового страхування життя припинено на будь-яких підставах.

6. Оцінка хірургічних операцій в результаті Нещасного Випадку

6.1. Таблиця оцінки хірургічних операцій в результаті Нещасного Випадку

Опис хірургічних операцій	Розмір Страхової виплати (у % від Страхової суми)
ЧЕРЕВНА ПОРОЖНИНА: Резекція кишки	70%
Розтин черевної порожнини з метою діагностики або видалення через розріз одного або більше органів крім вказаного вище (якщо за одне втручання проводяться дві або більше хірургічних операцій, відшкодування сплачується тільки за одну)	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- під час операції, виключаючи біопсію	20%
ВУХО: Розтин барабанної перетинки вуха (парацентез) Фенестрація, однієї або обох сторін	5% 100%
СТРАВОХІД: Операція по усуненню стриктури (органічного звуження) Ендоскопічна операція з розтином	40% 10%
ОКО: Відшарування сітківки – множинний синтез Видалення очного яблука (енуклеація)	100% 30%
ПЕРЕЛОМИ: а) Лікування простих переломів (без хірургії): Ключиці, плечового суглоба, чи передпліччя (одна кістка) Передплюсневих та плюсневих кісток, крижів або куприку Стегнної кістки Плеча або гомілки – одна кістка Пальців руки чи ноги, кожного, або ребра Передпліччя – дві кістки, наколінка, або таза (без витягнення) Гомілки, дві кістки Щелепи, нижньої Кісток зап'ястка, п'ястка, носа, ребер – два або більше, чи грудини Таза з витягненням Хребців, поперечні відростки, кожного Хребців, компресійний перелом, один або більше Зап'ястку б) Лікування складних та відкритих переломів: Для складних переломів вказані вище частки збільшуються у 1,5 рази. Для переломів, які вимагають хірургічного втручання (включаючи співставлення або остеосинтез), вказані вище частки подвоюються, але максимальне відшкодування не повинно перевищувати 100%.	15% 10% 40% 25% 5% 20% 30% 20% 10% 30% 5% 40% 10%
СЕЧО-СТАТОВА СИСТЕМА: Видалення нирки Фіксація нирки Операція на сечоводі з розрізом Операція на уретрі з розрізом Орхидектомія або епідіміектомія	70% 70% 30% 15% 25%
КИЛА: Оперування: - однієї - подвійної	30% 50%
СУГЛОБИ ТА ВИВИХИ: Розтин суглоба при захворюванні або порушенні функції, крім вказаного нижче та пункції Розтин плечового, ліктьового, кульшового або колінного суглоба, крім пункції Видалення, фіксація оперативним шляхом, дезартикуляція або артропластика на: плечовому, кульшовому суглобі або хребті - колінному, ліктьовому, променево-зап'ястному або гомілковостопному суглобі Вивих (лікування без операції): - кожного пальця кисті або стопи - плечового, ліктьового, променево-зап'ястного або гомілковостопного суглоба - нижньої щелепи - кульшового або колінного суглоба, крім наколінка - наколінка	15% 40% 75% 30% 5% 15% 5% 20% 5%

- ушкодження зв'язок будь-якого суглоба, що вимагає накладання фіксуєючої пов'язки Для вивихів, які вимагають хірургічного втручання, максимальна сума відшкодування розраховується у подвійному розмірі від сум, вказаних вище.	10%
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%
Конхектомія	10%
ПУНКЦІЯ: - черевної порожнини	10%
- плевральної порожнини або сечового міхура, крім катетеризації	5%
- барабанної перетинки, гідроцеле, суглобів або спинномозкова	5%
ПРЯМА КИШКА: Нориця	15%
Тріщина	5%
Інша операція з розтином	20%
ЧЕРЕП: Операція з розрізом на порожнині черепа, крім трепанації та пункції	100%
Видалення кістки, трепанація або декомпресія	30%
ГОРЛО: Діагностична лярингоскопія	5%

7. Заява про настання Страхового Випадку

7.1. Письмова заява має бути подана Страховику якнайшвидше, але не пізніше ніж через 30 днів після настання випадку, який може бути визнаний Страховим Випадком згідно з цією Програмою.

7.2. Всі необхідні документи, інформація та результати обстежень мають бути надані Страховикові у формі, яка ним вимагається. За необхідності Застрахована особа повинна пройти медичне обстеження за рахунок Страховика щодо будь-яких заявлених тілесних ушкоджень. Після отримання тілесних ушкоджень Застрахована особа повинна якнайшвидше отримати допомогу кваліфікованого лікаря та слідувати його порадам. Страховик звільняється від будь-яких зобов'язань згідно щодо наслідків, які виникають через те, що Застрахована особа не отримала медичну допомогу, не дотримувалась порад лікаря або не використовувала засоби чи ліки, які призначені кваліфікованим лікарем. У разі смерті Застрахованої особи, Страховик має право вимагати проведення патологоанатомічного дослідження за власний рахунок та/або ознайомитись та одержати результати патологоанатомічного дослідження.

7.3. Виписка з медичної карти стаціонарного хворого із зазначенням точного діагнозу, виписний епікриз, інші документи, які містять всі медичні записи та документи щодо виконаного хірургічного втручання, анамнез Застрахованої особи та інші документи, що підтверджують факт, обставини та наслідки Страхового Випадку, мають бути надані Страховикові в кожному випадку.

8. Інші Умови

8.1. Належне ставлення: Застрахована особа та Страхувальник зобов'язані вживати всіх розумно необхідних заходів для уникнення та/або мінімізації ушкоджень чи наслідків хвороби або травми.

**Програма групового страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок тимчасової повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби**

Наведені нижче спеціальні умови страхування за Програмою групового страхування додаткових ризиків Страхування на випадок тимчасової повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби (надалі – «Програма») застосовуються та діють у разі, якщо Договором Страхування передбачено страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби. Ця Програма є додатковою до Програми групового страхування основних ризиків.

1. Загальні положення

1.1. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата відповідної Страхової премії.

1.2. Страхові виплати згідно з цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших сум Страхових виплат відповідно до умов Договору 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 з встановленим діагнозом) безперервно перебувала в лікарні в якості стаціонарного хворого протягом не менше, ніж 24 (двадцять чотири) години.

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

- 1) має ліцензію на здійснення медичної допомоги та лікування (якщо така ліцензія вимагається законодавством);
- 2) призначений в основному для надання стаціонарної медичної допомоги хворим;
- 3) здійснює цілодобово сестринський догляд кваліфікованими медсестрами та має хоча б одного ліцензованого та кваліфікованого (дипломованого та сертифікованого) лікаря;
- 4) має в наявності обладнання для діагностики та проведення хірургічного втручання в своїх приміщеннях або в інших пристосованих для цього приміщеннях за домовленістю;
- 5) не є медсестринським відділенням лікарні, денним стаціонаром, а також відділенням з надання допомоги особам похилого віку 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.;
- 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 Очікувального періоду, 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.

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 наступні випадки:

3.1.1. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, який призвів до хірургічного втручання; та/або

3.1.2. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, який призвів до госпіталізації.

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 підпадає під дію страхування 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. Страховик також здійснює Страхові виплати у випадку госпіталізації Застрахованої особи у розмірі, який зазначено у Договорі Страхування, за кожен день її фактичного перебування на стаціонарному лікуванні після 3-х послідовних днів госпіталізації і максимально до 180-го календарного дня, якщо Застрахована особа госпіталізується через тілесні ушкодження внаслідок Хвороби, що була вперше діагностована після початку дії цієї Програми, або Нещасного Випадку який вперше стався після Початку дії цієї Програми, а також якщо Застрахована особа перебуває під наглядом кваліфікованого лікаря.

3.6. За програмою встановлюється Страхова сума на випадок перебування Застрахованої особи у відділенні реанімації та інтенсивної терапії лікарні, яка дорівнює Страховій сумі на випадок госпіталізації, яка зазначена у Договорі Страхування.

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

3.8. Програмою також може бути передбачено здійснення Страхової виплати на випадок Тимчасової Повної Непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, включаючи випадки амбулаторного лікування Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, якщо це передбачено Договором Страхування, та згідно з умовами, наведеними у Договорі Страхування

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

3.10. Якщо розмір здійснених Страхових виплат дорівнює Страховій сумі, встановленій для конкретного Страхового Випадку в Договорі Страхування, то Страховик звільняється від подальших зобов'язань щодо такого Страхового Випадку або його наслідків.

3.11. Страхові виплати згідно з цією Програмою здійснюються за умови, що Страховий Випадок відбувся в період дії цієї Програми.

4. Початок дії Програми

4.1. Датою початку дії цієї Програми буде дата початку дії основної програми групового страхування життя щодо Застрахованої особи, якщо тільки цю Програму не було введено в дію та додано 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. Страхування Застрахованої особи за цією Програмою припиняється відповідно до умов припинення Договору Страхування або 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, які подані до закінчення дії цієї Програми.

5.2. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Страхувальник має право припинити дію цієї Програми не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до настання терміну сплати Страхової премії, шляхом надання письмової заяви Страховику, за умови що Договір Страхування зберігає чинність. В такому випадку Страховик підтверджує факт припинення дії цієї Програми з ініціативи Страхувальника, оформивши відповідний Додаток до Договору Страхування.

5.3. 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.

5.4. Дія цієї Програми завершується також, якщо Україна перестала бути місцем постійного проживання Застрахованої особи або Страхувальника.

5.5. Додатково до умов Правил дія цієї Програми припиняється, якщо:

5.5.1. Страхова премія за цією Програмою та/або основною програмою групового страхування життя не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового періоду, або

5.5.2. Дію основної програми групового страхування життя щодо Застрахованої Особи припинено на будь-яких підставах.

6. Оцінка хірургічних операцій

6.1. Таблиця оцінки хірургічних операцій

Опис хірургічних операцій	Розмір Страхової Виплати (у % від Страхової Суми)
ЧЕРЕВНА ПОРОЖНИНА:	
Апендектомія	35%
Резекція кишки	70%
Резекція шлунку	70%
Гастроентеростомія	60%
Видалення жовчного міхура (холецистектомія)	60%
Діагностична лапаротомія або видалення через розріз одного або більше органів крім вказаного вище (якщо за одне втручання проводяться дві або більше хірургічних операцій, відшкодування сплачується тільки за одну)	50%
АБСЦЕС:	
Розріз поверхневого абсцесу, гнійника або фурункулу, одного або більше	5%
Хірургічне лікування карбункулу, одного або більше	10%
АМПУТАЦІЯ:	
Будь-якого пальця кисті або стопи	10%
Кисті, передпліччя або стопи на рівні гомілковостопного суглобу	20%
Верхньої або нижньої кінцівки	40%

Стегна на рівні кульшового суглобу	70%
МОЛОЧНА ЗАЛОЗА: Ампутація однієї або обох, радикальна, з резекцією до пахвинної западини Ампутація однієї або обох, проста	70% 40%
ГРУДНА КЛІТКА: Повна торакопластика (розкриття грудної клітки) Видалення легені (пневмонектомія) або частини легені Торакотомія з метою діагностики або лікування, за винятком торакоцентезу Видалення гною, за винятком торакоцентезу Штучний пневмоторакс Бронхоскопія: - діагностична/ - під час операції, виключаючи біопсію	100% 70% 30% 10% 10% 10% 20%
ВУХО: Розтин барабанної перетинки вуха (парацентез) Мастоїдектомія – радикальна – одна сторона Мастоїдектомія – радикальна - обидві сторони Фенестрація, однієї або обох сторін	5% 50% 60% 100%
ЩИТОВИДНА ЗАЛОЗА: Видалення щитовидної залози, включаючи всі стадії операційної процедури	70%
СТРАВХІД: Операція з приводу стриктури Ендоскопічна операція з розтином	40% 10%
ОКО: Відшарування сітківки – множинний синтез Катаракта Глаукома Видалення очного яблука (енуклеація) Видалення птеригію Розріз ячменю або халазіону	100% 50% 30% 30% 20% 5%
ПЕРЕЛІОМИ: а) Лікування закритих переломів (без операції): Ключиці, лопатки або передпліччя (одна кістка) Кісток передплісних та плісних, крижів або куприку Стегна Плеча або гомілки – одна кістка Кожного пальця кисті або стопи, або ребра Передпліччя – дві кістки, наколінка, або тазу без витягнення Гомілки, дві кістки Щелепи, нижньої Кісток зап'ястку, п'ясних кісток, носа, ребер – двох або більше, або груднини Таз, з витягненням Хребців, поперечних відростків, кожного Хребців, компресійний перелом, один або більше Зап'ястку б) Лікування складних та відкритих переломів: Для складного перелому вказані вище проценти збільшуються у 1,5 рази. Для перелому, що вимагає хірургічного втручання (включаючи співставлення або остеосинтез), вказані вище проценти подвоюються, але максимальне відшкодування не повинно перевищувати 100%.	15% 10% 40% 25% 5% 20% 30% 20% 10% 30% 5% 40% 10%
СЕЧО-СТАТОВА СИСТЕМА: Видалення нирки Фіксація нирки Видалення пухлин або каменів з нирки, уретри або сечового міхура за допомогою: - операції з розрізом - катетеризації або ендоскопічної техніки Операція на сечоводі з розрізом Операція на уретрі з розрізом	70% 70% 60% 20% 30%

Простата: - видалення всієї залози за допомогою операції – повна процедура - часткове видалення - за допомогою ендоскопічних технік - інші операції з розрізом Орхидектомія або епідидимектомія Гідроцеле або варикоцеле Видалення фібром, без трансабдомінального доступу Гістеректомія та оваріектомія з матковими трубами, обидві сторони Гістеректомія Оваріектомія з матковою трубою, одна сторона Конізація Кюретаж	15% 70% 25% 50% 25% 10% 20% 80% 60% 30% 20% 15%
КИЛА: Оперування: - однієї - подвійної кили:	30% 50%
СУГЛОБИ ТА ВИВИХИ: Артротомія з приводу захворювання або порушення функції, крім вказаного нижче та крім пункції Артротомія плечового, ліктьового, кульшового або колінного суглоба, крім пункції Видалення, фіксація оперативним шляхом, дезартикуляція або артропластика на: - плечовому, кульшовому суглобі або хребті - колінному, ліктьовому, променево-зап'ясному або гомілковостопному суглобі Вивих (лікування без операції): - кожного пальця кисті або стопи - плечового, ліктьового, променево-зап'ясного або гомілковостопного суглоба - нижньої щелепи - кульшового або колінного суглоба, крім наколінка - наколінка - ушкодження зв'язок будь-якого суглоба, що вимагає накладання фіксуєючої пов'язки Для вивиху, який вимагає хірургічного втручання, максимальна сума страхової виплати розраховується у подвійному розмірі від сум, вказаних вище.	15% 40% 75% 30% 5% 15% 5% 20% 5% 10%
ОПІКИ: Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням 27% площі поверхні тіла або більше Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 18% до 27% площі поверхні тіла Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 9% до 18% площі поверхні тіла Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 4,5% до 9% площі поверхні тіла	100% 60% 30% 16%
НІС: Черезносова операція на носових пазухах Позаносова операція на носових пазухах Поліпи, видалення одного або більше Резекція підслизової оболонки Конхектомія	15% 35% 5% 25% 10%
ПУНКЦІЯ: - черевної порожнини - плевральної порожнини або сечового міхура, крім катетеризації - барабанної перетинки, гідроцеле, суглобів або спинномозкова	10% 5% 5%
ПРЯМА КИШКА: Радикальна резекція злоякісної пухлини, всі стадії, включаючи колостомію Геморой, тільки зовнішній, видалення - повна процедура Геморой, внутрішній або внутрішньо-зовнішній, включаючи випадіння прямої кишки, повне, для видалення або повної склерозуючої терапії Нориця Тріщина	100% 10% 20% 15% 5%

Інша операція з розтином	20%
ЧЕРЕП: Операція з розрізом на порожнині черепа, крім трепанації та пункції Видалення кістки, трепанація або декомпресія	100% 30%
ГОРЛО: Тонзилектомія або тонзил- та аденоїдектомія: - дорослі та діти віком 15 років та старші - діти віком до 15 років Діагностична ларингоскопія Тонзилектомія та аденоїдектомія не визнається Страховим Випадком протягом перших 180 (ста восьмидесяти) днів строку дії цієї Програми.	15% 10% 5%
ПУХЛИНИ: Хірургічне видалення: Злоякісних пухлин, крім пухлин слизової оболонки, шкіри та підшкірної клітковини Злоякісних пухлин слизової оболонки, шкіри та підшкірної клітковини Пілоїдального синусу або кісти Доброякісної пухлини яєчка або молочної залози Ганглія Доброякісних пухлин, однієї або більше, крім вказаних вище	50% 25% 25% 20% 5% 10%
ВЕНИ: Варикоз - операція з розрізом або склерозуюча терапія - однієї ноги - обох ніг	20% 30%
7. Заява про настання Страхового Випадку 7.1. Письмова заява має бути подана Страховику якнайшвидше, але не пізніше ніж через 30 днів після настання випадку, який може бути визнаний Страховим Випадком згідно з цією Програмою. 7.2. Всі необхідні документи, інформація та результати обстежень мають бути надані Страховикові у формі, яка ним вимагається. За необхідності Застрахована особа повинна пройти медичне обстеження за рахунок Страховика щодо будь-яких заявлених тілесних ушкоджень. Після отримання тілесних ушкоджень Застрахована особа повинна якнайшвидше отримати допомогу кваліфікованого лікаря та слідувати його порадам. Страховик звільняється від будь-яких зобов'язань згідно щодо наслідків, які виникають через те, що Застрахована особа не отримала медичну допомогу, не дотримувалась порад лікаря або не використовувала засоби чи ліки, які призначені кваліфікованим лікарем. У разі смерті Застрахованої особи, Страховик має право вимагати проведення патологоанатомічного дослідження за власний рахунок та/або ознайомитись та одержати результати патологоанатомічного дослідження. 7.3. Виписка з медичної карти стаціонарного хворого із зазначенням точного діагнозу, виписний епікриз, інші документи, які містять всі медичні записи та документи щодо виконаного хірургічного втручання, анамнез Застрахованої особи та інші документи, що підтверджують факт, обставини та наслідки Страхового Випадку, мають бути надані Страховикові в кожному випадку.	
8. Період очікування 8.1. Період очікування триває 60 (шістдесят) календарних днів, починаючи з дня Початку дії цієї Програми. Протягом цього періоду не може виникнути право на отримання Страхових виплат. 8.2. Період очікування не застосовується до подій, що є результатом Нещасних Випадків.	
9. Інші умови 9.1. Належне ставлення: Застрахована особа та Страхувальник зобов'язані вживати всіх розумно необхідних заходів для уникнення та/або мінімізації ушкоджень чи наслідків хвороби або травми.	

**Програма групового страхування основних ризиків
Додатковий накопичувальний пенсійний план**

Наведені нижче спеціальні умови страхування за Програмою групового страхування життя основних ризиків Додатковий накопичувальний пенсійний план (надалі – «Програма») діють у разі, якщо Договором Страхування передбачено страхування відповідно до цієї Програми.

1. Страховий Випадок та Страхові виплати

1.1. Страховими Випадками за цією Програмою є:

- 1.1.1. Дожиття Застрахованої особи на строк або дожиття Застрахованої особи до певного віку;
- 1.1.2. Смерть Застрахованої особи.

1.2. Страховик зобов'язаний здійснити Страхову виплату згідно з Договором Страхування:

1.2.1. Застрахованій особі у випадку її дожиття до дати, зазначеної в Договорі Страхування, за умови, що на таку дату відповідний Договір Страхування є чинним. Страхова сума на випадок дожиття визначається в Договорі Страхування за згодою Сторін. Також Договором Страхування може бути передбачено виплату Додаткової Страхової суми на випадок дожиття, що розраховується як відсоток від Страхової суми на випадок дожиття, визначений у Договорі Страхування; або

1.2.2. Вигодонабувачу (іншим особам, які мають право на отримання Страхових виплат) у випадку смерті Застрахованої особи відповідно до Договору Страхування за умови, що на дату смерті Застрахованої особи відповідний Договір Страхування щодо такої Застрахованої особи є чинним. Страхова сума на випадок смерті Застрахованої особи встановлюється у розмірі валових страхових премій, сплачених за Програмою на момент смерті Застрахованої особи за вирахуванням будь-яких зборів та податків, передбачених чинним законодавством України.

1.3. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Страхові виплати здійснюються однією грошовою сумою. Також, якщо це передбачено Договором Страхування, Страхові виплати згідно з пунктом 1.2.1 цієї Програми можуть здійснюватися у таких формах, згідно з письмовою заявою Застрахованої особи, поданою за 30 (тридцять) днів до дати закінчення дії такого Договору Страхування щодо такої Застрахованої особи, та за згодою Страхувальника:

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

1.4. Залежно від форми Страхових виплат Страховик розраховуватиме розмір Страхових виплат відповідно до величини інвестиційного доходу та нормативних витрат на ведення справи, які існуватимуть на день здійснення таких розрахунків, а також відповідно до таблиці смертності для форм здійснення Страхових виплат, передбачених в пп. 3), 4), та 5) п. 1.3 цієї Програми.

1.5. У разі застосування форм здійснення Страхових виплат, зазначених у п.п. 1)-5) п. 1.3 цієї Програми, після здійснення першої Страхової виплати форму її здійснення не може бути змінено.

1.6. Право на отримання виплат, які повинні виплачуватися згідно з будь-яким видом Страхових виплат, не може передаватися третім особам або бути предметом застави.

1.7. Якщо розрахована сума щомісячних виплат згідно з підпунктами 1)-5) п.1.3 цієї Програми є меншою за мінімум, визначений Страховиком на той момент, то здійснювати виплати у способи, визначені такими підпунктами, не дозволяється.

2. Строк дії Договору Страхування

2.1. Строк дії Договору Страхування та строк страхування щодо кожної Застрахованої особи визначаються у Договорі Страхування.

2.2. Дію договору може бути продовжено на строк, узгоджений Сторонами. В такому випадку, якщо інше не передбачено Договором Страхування, сформований страховий резерв за Договором Страхування спрямовується до Плану Додаткового Накопичення відповідно до умов цієї Програми та Договору Страхування.

3. Дострокове припинення дії Договору Страхування

3.1. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Договір Страхування може бути достроково припинено за умови, що Сторона, з ініціативи якої Договір припиняє свою дію, повідомила іншу Сторону про таке дострокове припинення не пізніше, як за 30 (тридцять) днів до запланованого припинення дії Договору Страхування.

3.2. У випадку дострокового припинення дії Договору Страхування Страховик здійснює виплату Викупної Суми відповідно до умов цієї Програми, Правил страхування та Договору Страхування. Викупна Сума може бути виплачена Страхувальнику після 2-ї річниці дії Договору Страхування. У разі, якщо Договором Страхування передбачено сплату одноразової Страхової премії, Викупну Суму може бути виплачено з першого року дії Договору Страхування.

3.3. Розмір Викупної Суми розраховується згідно з Правилами страхування та умовами Договору Страхування. Договір Страхування може уточнювати умови дострокового припинення та розрахунок Викупної Суми.

3.4. Викупна сума може зменшуватися на на будь-які суми коштів, належні Страховику за Договором Страхування, в тому числі належні Страхові премії, витрати, пов'язані з достроковим припиненням дії Договору Страхування, штрафи, пені тощо.

4. Припинення сплати Страхової премії

4.1. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, у випадку припинення сплати Страхової премії щодо Застрахованої особи, якщо така Застрахована особа припинила трудові відносини зі Страхувальником або перестала відповідати встановленим Страхувальником критеріям осіб, що можуть бути застрахованими за Договором Страхування, Договором Страхування за згодою Сторін може бути передбачено один з таких варіантів щодо кожної Застрахованої особи:

4.1.1. Редукування (зменшення) розміру Страхової суми щодо такої Застрахованої особи відповідно до суми сформованих страхових резервів щодо неї. При цьому, Договір Страхування щодо такої Застрахованої особи набуває статусу Сплаченого Договору Страхування та залишається чинним без подальшої сплати Страхових премій щодо такої Застрахованої особи. Редукована (зменшена) Страхова сума щодо такої Застрахованої особи застосовується з дня, наступного за останнім днем оплаченого періоду страхування, якщо це передбачено Договором Страхування. Така Редукована Страхова сума виплачується у разі дожиття Застрахованої особи до дати закінчення строку дії Договору Страхування щодо такої Застрахованої особи, визначеного на дату початку дії Договору Страхування щодо такої Застрахованої особи. Розмір Редукованої Страхової суми щодо Застрахованої особи визначається у Договорі Страхування. У разі використання цього варіанту сума накопиченого Негарантованого Бонусу спрямовується до Плану Додаткового Накопичення та підлягатиме виплаті Застрахованій особі у разі її дожиття до закінчення дії Договору Страхування;

4.1.2. Зменшення чергової Страхової премії за таким Договором Страхування на суму, розраховану актуарно, відповідно до сформованих щодо такої Застрахованої особи страхових резервів та згідно з умовами Договору Страхування;

4.1.3. Передача такої Застрахованій особі, за її згодою, прав та обов'язків Страхувальника щодо цієї Застрахованої особи за таким Договором Страхування;

4.1.4. Інші варіанти, визначені за згодою Сторін в Договорі Страхування.

5. Збільшення або зменшення Страхової премії

5.1. Страхувальник за погодження зі Страховиком може збільшити суму регулярної Страхової премії щодо Застрахованої особи, групи Застрахованих осіб або усіх Застрахованих осіб за Договором Страхування на належну дату сплати чергового Страхового платежу за Договором Страхування шляхом сплати Збільшеної Страхової премії, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

Збільшена Страхова премія – це фактично сплачена за даною Програмою Страхова премія, розмір якої перевищує розмір Регулярної Страхової премії, визначеної на дату початку дії Договору Страхування щодо кожної Застрахованої особи.

Додаткова Страхова премія – це різниця між розміром Збільшеної Страхової премії та розміром Регулярної Страхової премії. В умовах цієї Програми Регулярна Страхова премія щодо кожної Застрахованої особи означає:

- Страхову премію за перший рік дії Договору Страхування, для Договорів Страхування, за якими передбачена річна періодичність оплати Страхових платежів;
- Страхову премію за перше півріччя дії Договору Страхування, для Договорів Страхування, за якими передбачена щопіврічна періодичність оплати Страхових платежів;
- Страхову премію за перший квартал дії Договору Страхування, для Договорів Страхування, за якими передбачена поквартальна періодичність оплати Страхових платежів;
- Страхову премію за перший місяць дії Договору Страхування, для Договорів Страхування, за якими передбачена щомісячна періодичність оплати Страхових платежів.

5.2. Якщо Страхувальник сплачує Збільшену Страхову премію щодо Застрахованої особи, групи Застрахованих осіб або усіх Застрахованих осіб, то відповідна Додаткова Страхова премія спрямовується до Плану Додаткового Накопичення, як визначено у п. 5.3. цієї Програми.

5.3. План Додаткового Накопичення (надалі – «План») – це частина математичних резервів, виділена в управлінському обліку Страховика, що використовується для збільшення Страхової виплати згідно з умовами Програми.

Якщо інше не передбачено Договором страхування, План формується за рахунок таких показників:

- а) Додаткової Страхової премії;
- б) інших сум, спрямованих Страхувальником до цього Плану, якщо це передбачено Договором страхування;
- в) сум, отриманих від інвестування коштів цього Плану;
- г) витрат та податків, пов'язаних із управлінням цим Планом,

та його розмір визначається шляхом збільшення на зазначені вище показники (а), (б), (в) та зменшення на показник (г).

5.3.1. Інвестування коштів Плану:

Кошти Плану є складовою частиною страхових резервів, його розміщення відбувається у складі страхових резервів згідно з Правилами розміщення страхових резервів із страхування життя та чинним законодавством України.

Страховик адмініструє План на власний розсуд відповідно до своєї інвестиційної стратегії. Розмір Плану збільшуватиметься один раз на рік на суму інвестиційного доходу, отриманого Страховиком від розміщення коштів Плану в складі страхових резервів відповідно до процедури, зазначеної в пункті 6 цієї Програми.

5.3.2. Витрати на адміністрування Плану:

Витрати, які відносяться на управління Планом, 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 Плану будь-які податки відповідно до чинного законодавства України.

5.3.3. Виплата коштів Плану:

Кошти з Плану виплачуються Страхувальнику, Застрахованій особі, Вигодонабувачеві або особі, що має право на одержання Страхової виплати, разом зі Страховими виплатами згідно з Програмою та Договором Страхування. Таким чином, в день настання Страхового Випадку або в день закінчення дії Договору Страхування Страхова сума збільшується на розмір Плану станом на відповідну дату та кошти Плану виплачуються Страховиком у складі Страхової виплати відповідно та Правил та чинного законодавства України.

У разі дострокового припинення дії Договору Страхування, в тому числі дострокового припинення його дії через несплату належної Страхової премії Викупна Сума збільшується на розмір Плану за вирахуванням штрафу за дострокове припинення дії Програми. Розмір штрафу за дострокове припинення дії програми та розмір Викупної Суми щодо кожної Застрахованої особи визначаються у Договорі Страхування, укладеному відповідно до цієї Програми.

5.4. Договором Страхування може бути передбачено зменшення розміру Регулярної Страхової премії на умовах та в порядку, передбачених Договором Страхування.

6. Особливі умови: Негарантований Бонус

6.1. Розмір Страхової суми та (або) Страхових виплат збільшується на Негарантований Бонус, який визначається Страховиком один раз на рік згідно з Законом України "Про Страхування", та розраховується як різниця між отриманим інвестиційним доходом від розміщення коштів відповідних резервів із страхування життя, та величиною інвестиційного доходу, визначеною згідно з Договором Страхування. Доля участі Страхувальника в частині різниці між отриманим інвестиційним доходом та величиною інвестиційного доходу, зазначеною в Договорі Страхування, 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 календарного року. 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 дохід визначається в порядку, описаному вище, і збільшується на величину інвестиційного доходу. Однак, якщо ставка доходу від інвестицій суми математичного резерву є меншою від величини інвестиційного доходу, тоді Негарантований Бонус розраховуватися не буде. Також Негарантований Бонус, який може утворюватися на кінець попереднього фінансового року, буде зараховуватися на рівні не менше ніж 85% від ставки доходу, якщо інше не передбачено законодавством України. Виплата Негарантованого Бонусу здійснюється згідно з законодавством України.

6.2. Якщо дія Договору Страхування припиняється достроково, Негарантований Бонус розраховується станом на кінець календарного року, що передедує даті дострокового припинення дії Договору Страхування.

6.3. Якщо інше не зазначено в Договорі Страхування, розрахунок Негарантованого Бонусу передбачається також за період між останньою датою нарахування Негарантованого Бонусу та датою закінчення дії Договору Страхування або смерті Застрахованої особи.

6.4. Якщо інше не зазначено в Договорі Страхування, з дати застосування Редукування Страхової суми щодо Застрахованої особи відповідно до умов пункту 4.1.1 цієї Програми нарахування Негарантованого Бонусу припиняється, за винятком Негарантованого Бонусу на суму страхових резервів, пов'язаних з Планом.

7. Прикінцеві положення

7.1. Всі прямо не зазначені в тексті Програми умови визначаються відповідно до умов Правил та Договору Страхування.

**Програма групового страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок критичного захворювання**

Наведені нижче спеціальні умови страхування за Програмою групового страхування додаткових ризиків Страхування на випадок критичного захворювання (надалі – «Програма») діють у разі, якщо Договором Страхування передбачено страхування відповідно до цієї Програми. Ця Програма є додатковою до Програми групового страхування основних ризиків за умови виконання вимог Страховика щодо визнання Застрахованої особи такою, яка може бути застрахована, та якщо інше не передбачено Договором Страхування.

1. Страховий випадок

1.1. Страховим випадком за цією програмою є діагностування у Застрахованої особи критичного захворювання/стану протягом дії Договору Страхування. Перелік та спеціальні визначення хвороб, критичних захворювань/станів за таким Страховим Випадком наведено у розділі 2 «Визначення» цієї Програми.

1.2. За згодою Сторін Договором Страхування може бути передбачений будь-який з таких варіантів переліку критичних захворювань/станів, діагностування яких є Страховим Випадком за цією Програмою:

1.2.1. Варіант I – 6 хвороб/станів: Рак, Інфаркт міокарда, Інсульт, Ниркова недостатність, Хірургічне лікування коронарної артерії, Трансплантація життєво важливих органів/ трансплантація кісткового мозку;

1.2.2. Варіант II - 11 хвороб/станів: Рак, Інфаркт міокарда, Інсульт, Ниркова недостатність, Хірургічне лікування коронарної артерії, Трансплантація життєво важливих органів/ трансплантація кісткового мозку, Сліпота (Втрата зору), Параліч (Втрата функції кінцівок), Хірургічне лікування захворювань аорти, Хірургічне втручання на серцевому клапані, Розсіяний склероз;

1.2.3. Варіант III - 20 хвороб/станів: Рак, Інфаркт міокарда, Інсульт, Ниркова недостатність, Хірургічне лікування коронарної артерії, Трансплантація життєво важливих органів/трансплантація кісткового мозку, Сліпота (Втрата зору), Параліч (Втрата функції кінцівок), Хірургічне лікування захворювань аорти, Хірургічне втручання на серцевому клапані, Розсіяний склероз, Термінальна стадія печінкової недостатності, Глухота (втрата слуху), Численні (масивні) опіки, Хвороба Паркінсона, Хвороба Альцгеймера/Тяжка деменція (у віці до 60 років), Доброякісна пухлина головного мозку, Енцефаліт, Бактеріальний менінгіт, Тяжка травма голови;

1.2.4. Варіант IV – 32 хвороби/стани - Рак, Інфаркт міокарда, Інсульт, Ниркова недостатність, Хірургічне лікування коронарної артерії, Трансплантація життєво важливих органів/трансплантація кісткового мозку, Сліпота (Втрата зору), Параліч (втрата функції кінцівок), Хірургічне лікування захворювань аорти, Хірургічне втручання на серцевому клапані, Розсіяний склероз, Термінальна стадія печінкової недостатності, Глухота (втрата слуху), Численні (масивні) опіки, Хвороба Паркінсона, Хвороба Альцгеймера/Тяжка деменція (у віці до 60 років), Доброякісна пухлина головного мозку, Енцефаліт, Бактеріальний менінгіт, Тяжка травма голови, Злоякісна анемія, Термінальна стадія захворювання легенів, Коматозний стан, Втрата мовлення, Блискавичний вірусний гепатит, Первинна легенева гіпертензія, Смертельна невиліковна хвороба, Поліомієліт, Апатичний синдром, Інші тяжкі захворювання коронарних артерій, Склеродермія, що прогресує, Системний (еритематозний) червоний вовчак.

1.3. За згодою Сторін Договором Страхування перелік критичних захворювань/станів, діагностування яких є Страховим Випадком за таким Договором Страхування може бути змінено. У такому випадку точний перелік Страхових Випадків буде зазначено у Договорі Страхування або у відповідному Додатку до Договору Страхування, що визначатиме відповідні умови страхування.

2. Визначення

2.1. У цій Програмі використовуються такі визначення:

2.1.1. 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 з ознаками злоякісних змін у вигляді carcinoma-in-situ та пухлини, які гістологічно означені як передракові або не інвазивні, включаючи, але не обмежуючись: carcinoma-in-situ молочних залоз, дисплазія шийки матки CIN-1, CIN-2 та CIN-3;

2) Гіперкератози, базальноклітинний та плоскоклітинний рак шкіри, меланоми менше ніж 1,5 мм товщини по Бреслоу або менш, ніж рівень 3 за Кларком, якщо не виявлено метастазів;

3) Рак передміхурової залози, віднесений за результатами гістологічного дослідження до класу T1a або T1b за класифікацією TNM, або рак передміхурової залози еквівалентних або більш ранніх стадій за іншими класифікаціями, T1N0M0 папілярна мікрокарцинома щитовидної залози менше 1 см в діаметрі, папілярна мікрокарцинома сечового міхура та хронічний лімфолейкоз в стадії нижче, ніж стадія 3 RA1, за умови врахування п.3.5. розділу 3.;

4) Усі пухлини за наявності ВІЛ-інфекції, Синдрому Набутого Імунодефіциту, позитивного тесту на ВІЛ, ВІЛ-асоційованого комплексу.

2.1.2. Інфаркт Міокарду:

Некроз частини серцевого м'язу, що виникає через недостатнє кровопостачання до відповідної ділянки. Цей діагноз підтверджується наявністю одночасно трьох або більше з наступних критеріїв нового інфаркту міокарду:

- 1) Типовий біль за грудиною в анамнезі;
- 2) Свіжі зміни на електрокардіограмі (ЕКГ), що свідчать про наявність інфаркту;
- 3) Діагностично значуще, суттєве підвищення рівня ферменту серцевого м'язу;
- 4) Діагностично значуще підвищення рівня Тропоніну (Т або І);
- 5) Визначена через 3 місяці або більше після випадку фракція викиду лівого шлуночка менш ніж 50%;
- 6) Гостре порушення скорочувальної функції м'язів.

2.1.3. Інсульт:

Гостре порушення мозкового кровообігу, включаючи інфаркт мозкової тканини, внутрішньомозковий та субарахноїдальний крововилив, емболію та тромбоз судин головного мозку. Цей діагноз має відповідати всім наведеним нижче умовам:

- 1) Наявність постійних неврологічних порушень, які підтверджуються лікарем-неврологом не менш ніж через 6 тижнів після випадку;
- 2) 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) Ураження головного мозку внаслідок нещасного випадку або травми, інфекції, васкуліту або запального процесу;

- 3) Захворювання судин з ураженням ока або зорового нерву;
- 4) Ішемічні порушення вестибулярної системи;
- 5) Оборотно-ішемічне неврологічне порушення (напад).

2.1.4. Ниркова недостатність:

Хронічна незворотна недостатність функції обох нирок, що вимагає постійного гемодіалізу або трансплантації нирки.

2.1.5. 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 внутрішньо артеріальні малоінвазивні втручання, ендоскопічні та лазерні процедури є виключенням.

2.1.6. Трансплантація життєво важливих органів/трансплантація кісткового мозку:

Пересадка Застрахованій Особі:

- 1) Кісткового мозку людини, при якій використовуються гемопоетичні стовбурові клітини після повного видалення (екстирпації) кісткового мозку; або
- 2) Одного з таких органів людини: серця, легені, печінки, нирки, підшлункової залози, що є наслідком незворотної кінцевої стадії недостатності відповідного органу.

Інші трансплантації стовбурових клітин є виключенням.

2.1.7. Сліпота (Втрата зору):

Повна та невідновна втрата зору на обидва ока внаслідок хвороби або нещасного випадку. Сліпота має бути підтверджена лікарем-офтальмологом.

2.1.8. Параліч (втрата функцій кінцівок):

Повна та незворотна втрата функцій не менш ніж двох кінцівок внаслідок травми або захворювання. Цей стан має бути підтверджений лікарем-неврологом.

Ушкодження, що завдані самому собі, є виключенням.

2.1.9. Хірургічне втручання на аорті:

Фактично перенесене порожнинне хірургічне втручання з метою корекції аневризми, звуження, обструкції або розшарування аорти за допомогою хірургічного отвору в грудній клітці або животі. З метою визначення, під терміном маються на увазі грудна та черевна частини аорти, але не її гілки. Малоінвазивні або внутрішньоартеріальні методики є виключенням.

2.1.10. Хірургічне втручання на серцевому клапані:

Фактично перенесене хірургічне втручання на відкритому серці з метою заміни або усунення дисфункцій серцевого клапану. Діагноз патології (ураження) серцевого клапану має бути підтверджений результатами катетеризації серця або ехокардіографії, та процедура має бути рекомендована за медичними показаннями лікарем-кардіологом.

2.1.11. Розсіяний склероз (достовірне виявлення розсіяного склерозу).

Діагноз повинен бути підтверджений усіма наведеними нижче ознаками:

- 1) Результати досліджень, що беззаперечно підтверджують діагноз розсіяного склерозу;
- 2) Множинний неврологічний дефіцит (неврологічна симптоматика), що має місце протягом 6 місяців;
- 3) Належним чином задокументовані загострення та ремісії названих симптомів та неврологічних дефіцитів в анамнезі.

Інші випадки неврологічних порушень, пов'язані з ВІЛ - інфекцією або з СЧВ (системний червоний вовчак) є виключеннями.

2.1.12. Термінальна стадія печінкової недостатності:

Термінальна стадія печінкової недостатності, що підтверджується наведеним нижче:

- 1) Постійна жовтяниця;
- 2) Асцит;
- 3) Печінкова енцефалопатія;
- 4) Порушення функції згортання крові (тромбоутворення).

Вторинна печінкова недостатність, що зумовлена зловживанням алкоголю або наркотичних речовин виключаються та Страхова Виплата за ними не здійснюється.

2.1.13. 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), та засвідчений висновком лікаря - оториноларинголога (ЛОР - лікаря). Термін «повна» – означає втрату щонайменше 80 децибел на всіх частотах слухового сприйняття.

2.1.14. Масивні опіки:

Глибокі опіки з ураженням всіх шарів шкіри 3Б, 4 ступеню (або третього ступеню за міжнародною шкалою тяжкості опіків), які займають не менш ніж 20% поверхні тіла Застрахованої Особи.

2.1.15. Хвороба Паркінсона (віці до 65 років):

Чітко встановлений діагноз хвороби Паркінсона ідеопатичного походження лікарем-неврологом. Цей діагноз має бути підтверджений всіма з таких станів:

- 1) Захворювання не піддається медикаментозній корекції;
- 2) Ознаки прогресуючого погіршення;
- 3) Неспроможність Застрахованою Особою виконувати (за допомогою або без) не менш ніж 3 з наступних 6 «видів щоденної життєдіяльності» протягом не менш ніж 6 місяців:

Види щоденної життєдіяльності:

- **Миття** – здатність митися у ванні або душі (включаючи можливість увійти в та вийти з ванни або душі) або миття належної якості за допомогою інших засобів;
- **Вдягання** – спроможність безпечно надіти та зняти, послабити (розстібнути, розв'язати) усі предмети одягу та, як належно, усі застібки, штучні кінцівки та інші хірургічні пристосування;
- **Пересування** – здатність пересуватися від ліжка до стільця або інвалідного візка і навпаки;
- **Мобільність** – здатність рухатися в приміщенні з кімнати до кімнати по рівних поверхнях;
- **Відвідування туалету** – здатність користуватися туалетом або інакше контролювати функції кишечника 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.

2.1.16. Хвороба Альцгеймера/Тяжка деменція (у віці до 65 років)

Погіршення або втрата розумових здібностей, які підтверджені результатами клінічних досліджень та достовірних візуальних методів діагностики, причиною яких є хвороба Альцгеймера або незворотні органічні розлади, що призводять до істотного зниження розумових і соціальних здібностей та потребують постійного догляду за Застрахованою Особою. Цей діагноз має бути клінічно засвідчений відповідним спеціалістом та підтверджений лікарем-консультантом, призначеним Страховиком.

Наведене нижче є виключенням:

- 1) Неорганічні хвороби, такі як невроз та психіатричні хвороби;
- 2) Пошкодження головного мозку, пов'язані зі вживанням алкоголю.

2.1.17. Доброякісна пухлина головного мозку:

Доброякісна пухлина головного мозку, що відповідає усім наведеним нижче умовам:

- 1) Є загрозою для життя;
- 2) Заподіяла ушкодження головного мозку;
- 3) Пухлина видалена хірургічним шляхом або, в разі, якщо пухлина не підлягає хірургічному видаленню, призвела до постійного неврологічного дефіциту;
- 4) 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:

- 1) Кісти;
- 2) Гранульоми;
- 3) Судинні мальформації;
- 4) Гематоми;
- 5) Пухлини гілофіза або спинного мозку.

2.1.18. Енцефаліт:

Тяжке запалення речовини головного мозку (півкулі головного мозку, мозкового стовбура або мозочку), що викликане вірусною інфекцією та призводить до постійного неврологічного дефіциту. Цей діагноз має бути засвідчений лікарем-неврологом, а також постійний неврологічний дефіцит має бути задокументований щонайменше 6 (шість) тижнів.

Енцефаліт, викликаний ВІЛ-інфекцією, є виключенням.

2.1.19. 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 6 (шести) тижнів. Цей діагноз має бути підтверджений:

- 1) Наявністю бактеріальної інфекції в спинномозковій рідині при люмбальній пункції;
- 2) Лікарем-неврологом.

Бактеріальний менінгіт за наявності ВІЛ-інфекції є виключенням.

2.1.20. Тяжка травма голови:

Травма голови внаслідок нещасного випадку, що призводить до постійного неврологічного дефіциту, який має бути оцінений не раніше ніж через 6 (шість) тижнів від дати 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.

Наведене нижче є виключенням:

- 1) Травма спинного мозку;
- 2) Ушкодження голови внаслідок будь-яких інших причин.

2.1.21. Апластична анемія:

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

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

Діагноз має бути підтверджений висновком лікаря-гематолога.

2.1.22. Термінальна стадія захворювання легень:

Термінальна стадія захворювання легень, що спричиняє хронічну дихальну недостатність та відповідає всім наведеним нижче критеріям:

- 1) Стійке зниження об'єму форсованого видиху на першій секунді (ОФВ1, FEV1) до значення менше ніж 1 літр;
- 2) Постійна підтримуюча оксигенотерапія для корекції гіпоксії;
- 3) Рівень парціального тиску кисню артеріальної крові 55 мм ртутного стовпчика або менше ($PaO_2 \leq 55$ мм рт. ст.);
- 4) Задишка у спокої;
- 5) Легенева гіпертензія вище за 60 мм.

Цей діагноз повинен бути підтверджений лікарем-пульмонологом.

2.1.23. Кома:

Безперервне перебування у стані коми щонайменше 96 (дев'яносто шість) годин. Даний діагноз повинен бути підтверджений всіма наведеними нижче фактами:

- 1) Відсутність реакції на зовнішні подразники як мінімум протягом 96 (дев'яносто шести) годин;
- 2) Необхідність застосування заходів для підтримання життєдіяльності;
- 3) Ураження головного мозку, що призводить до постійного неврологічного дефіциту, який має бути підтверджений не раніше ніж через 30 днів після настання коми.

Виключення становить кома, спричинена алкогольною або наркотичною залежністю, Страхова Виплата в такому випадку не здійснюється.

2.1.24. Втрата мови:

Повна та незворотна втрата здатності розмовляти як результат травми або захворювання голосових зв'язок. Має бути встановлено, що нездатність розмовляти триває безперервно протягом 12 місяців. Цей діагноз має бути підтверджений лікарем - оториноларінгологом (ЛОР - лікарем).
Всі порушення, спричинені психічними розладами, є виключенням.

2.1.25. 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.

2.1.26. Первинна легенева гіпертензія:

Первинне та нез'ясовне підвищення тиску у легеневій артерії, що спричинило напруження та недостатність правих відділів серця. Постійні фізичні незворотні порушення мають відповідати принаймні IV-класу згідно з Класифікацією серцевих порушень, прийнятою Нью-Йоркською асоціацією кардіологів. Легенева гіпертензія, пов'язана із захворюваннями легень, хронічна гіповентиляція, легеневі тромбоемболії, захворювання лівих відділів серця та вроджені вади серця є виключеннями. Діагноз первинної легеневої гіпертензії має бути встановлено кардіологом або спеціалістом у сфері пульмонології та потребує підтвердження методом катетеризації серця. Діагноз має бути підтверджено усіма з наведених нижче критеріїв:

1. Середній тиск в легеневій артерії > 40 мм рт.ст.; та
2. Судинний супротив у легеневій артерії > 3 (мм / л) / хв., а також
3. Нормальний тиск заклинювання в легневих капілярах < 15 мм рт. ст.

Існують показання до катетеризації серця, однак щодо переліку діагностичних критеріїв катетеризація серця необхідна лише для тиску в легеневій артерії. Щодо трьох інших критеріїв, як зазначено нижче, катетеризація серця не потребується:

- ЕКГ ознаки гіпертрофії правого серця (RV1 плюс SV5 $> 1,05$ mB);
- Зниження концентрації кисню в крові у стані спокою; та
- Ехо-кардіографія: збільшений діаметр правого шлуночка > 30 мм.

Усе вищенаведене підтверджує діагноз, але не може слугувати підставою для діагностування первинної легеневої гіпертензії. Діагностичними критеріями, отриманими за допомогою катетеризації серця є:

- Середній тиск у легеневій артерії ≥ 25 мм рт.ст. у стані спокою;
- Середній тиск заклинювання в легневих капілярах < 15 мм (з метою виключення легеневої гіпертензії внаслідок захворювань лівих відділів серця).

2.1.27. 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 Компанією. Смертельні хвороби за наявності ВІЛ-інфекції є виключенням.

2.1.28. Поліомієліт:

Виникнення поліомієліту, що відповідає наведеним нижче умовам:

- 1) Вірус поліомієліту визначено причиною захворювання;
- 2) Наявність паралічу м'язів кінцівок або дихальних м'язів, що триває щонайменше 3 (три) місяці.

2.1.29. Апатичний 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.

2.1.30. 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, огинаюча та права коронарна артерія.

Діагноз має бути підтверджений всіма наведеними нижче умовами:

- 1) Обмеження фізичної активності;
- 2) Депресія сегмента ST не менше ніж на 2 мм в 2 (двох) відведеннях при ЕКГ з навантаженням;
- 3) Погіршення скоротливості не менш ніж двох сегментів серцевого м'язу, при виконанні стрес-ЕхоКГ.

2.1.31. Прогресуюча склеродермія:

Системне судинно-колагенове захворювання, що викликає прогресуючий дифузний фіброз шкіри, кровоносних судин та внутрішніх органів. Цей діагноз має бути безсумнівно та однозначно підтверджений результатами біопсії та серологічних тестів, а сама хвороба має досягти системного розповсюдження з залученням серця, легенів або нирок.

Наведене нижче є виключенням:

- 1) Вогнищева склеродермія (лінійна склеродермія або кільцеподібна склеродермія (Морфеа));
- 2) Еозинофільний фасцит;
- 3) CREST-синдром.

2.1.32. Системний червоний вовчак з люпус-нефритом:

Полісистемне, поліфакторіальне, аутоімунне захворювання, яке характеризується утворенням ауто-антитіл до власної ниркової тканини. В даній Програмі 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 відповідно до ВООЗ класифікації).

Заключний діагноз має бути засвідчений сертифікованим лікарем-ревматологом, 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;

Клас VI: Розвинутий склеротичний люпус-гломерулонефрит.

3. Розміри Страхової виплати та Період очікування

3.1. Страхова виплата здійснюється згідно з умовами цієї Програми в розмірі Страхової суми, зазначеної в Договорі Страхування.

3.2. Договір Страхування, до складу якого входить ця Програма може передбачати:

3.2.1. Страхову виплату за цією Програмою, що сплачується незалежно від виплати за основною програмою за Договором Страхування.

3.2.2. Страхову виплату за цією Програмою, на суму якої буде зменшено виплату за основною програмою за Договором Страхування у разі настання Страхового Випадку.

3.3. Страхова виплата здійснюється тільки за умови, якщо Застрахована особа є живою протягом 30 (тридцяти) календарних днів після:

3.3.1. дати встановлення діагнозу одного з захворювань, зазначених у пунктах 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.7, 2.1.8, 2.1.11, 2.1.12, 2.1.13, 2.1.14, 2.1.15, 2.1.16, 2.1.17, 2.1.18, 2.1.19, 2.1.20, 2.1.21, 2.1.22, 2.1.23, 2.1.24, 2.1.25, 2.1.26, 2.1.27, 2.1.28, 2.1.29, 2.1.30, 2.1.31, 2.1.32 цієї Програми; або

3.3.2. дати проведення хірургічного втручання у зв'язку з хворобами, зазначеними в пунктах 2.1.5, 2.1.6, 2.1.9, 2.1.10 цієї Програми.

Обов'язковою умовою здійснення Страхової виплати є виникнення симптомів захворювання/проведення хірургічного втручання після 90 (дев'яноста) днів з дати початку дії цієї Програми (надалі – «Період очікування»).

3.4. У разі виникнення одного чи декількох захворювань/станів або проведення операцій, зазначених в п. 2.1 цієї Програми, одночасно або послідовно Страхова виплата буде здійснюватись одноразово в розмірі Страхової суми, зазначеної для цієї Програми в Договорі Страхування.

3.5. У разі діагностування у Застрахованої особи злоякісного новоутворення (рак), але розмір/стадія злоякісного новоутворення (пухлини) є недостатнім для визнання такого випадку Страховим та здійснення Страхової виплати згідно з умовами Правил, то факт діагностування визнається Страховим Випадком за наступних умов:

- дотримання усіх інших умов Програми та Правил; та

- якщо з приводу такого діагнозу Застрахованій особі було проведено операцію з видалення такого новоутворення, що мало своїм наслідком видалення усього органу, що був уражений новоутворенням.

3.6. В разі смерті Застрахованої особи належна їй за умовами цієї Програми, але не одержана нею Страхова виплата буде здійснена Вигодонабувачеві, або, якщо Вигодонабувача не призначено, - згідно з чинним законодавством.

4. Виключення зі Страхових Випадків

4.1. Додатково до положень пункту 4. Правил Страхова виплата за цією Програмою не буде здійснюватись у разі:

4.1.1. Якщо Застрахована особа помирає протягом Періоду очікування після дати встановлення діагнозу захворювання/стану, щодо якого здійснювалося страхування;

4.1.2. У разі захворювання/стану, що входить до переліку Страхових Випадків, яке було діагностовано або щодо якого було проведено лікування до початку дії цієї Програми щодо Застрахованої особи, або про яке йому було відомо на дату початку дії цієї Програми, окрім випадків, якщо Договір Страхування діяв та страхові послуги безперервно надавались протягом повних 3 (трьох) років поспіль з дати введення в дію Договору Страхування;

4.1.3. Якщо в процесі розгляду Страхового випадку було виявлено, що до дати початку дії цієї Програми будь-якій із Застрахованих осіб за Договором Страхування було діагностовано одну з хвороб/станів, що входять до переліку Страхових Випадків за Договором Страхування або одній із Застрахованих осіб було рекомендовано одне з хірургічних втручань, що входять до переліку Страхових Випадків за Договором Страхування, то перелік Страхових Випадків щодо такої Застрахованої особи буде обмежено згідно з Таблицею обмежень переліку Страхових Випадків залежно від хвороб/станів, що передували даті початку дії Програми, наведеною у пункті 4.2 цієї Програми, окрім випадків, якщо Договір Страхування діяв та страхові послуги надавались безперервно протягом повних 3 (трьох) років поспіль з дати введення в дію Договору Страхування.

4.2. Таблиця обмежень переліку Страхових Випадків залежно від хвороб/станів, що передували даті початку дії Програми

Хвороба/стан, що передували даті початку дії Програми	Виключення зі Страхових Випадків за Програмою (пункт Програми)
Рак (згідно з п.2.1.1 цієї Програми)	2.1.1, 2.1.6
Інфаркт Міокарда (згідно з п.2.1.2 цієї Програми)	2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.6, 2.1.7, 2.1.9
Інсульт (згідно з п.2.1.3 цієї Програми)	2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.6, 2.1.7, 2.1.8, 2.1.9
Ниркова недостатність (згідно з п.2.1.4 цієї Програми)	2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.6, 2.1.9
Хірургічне лікування коронарної артерії (згідно з п.2.1.5 цієї Програми)	2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.6, 2.1.7, 2.1.9
Трансплантація життєво важливих органів/трансплантація кісткового мозку (згідно з п.2.1.6 цієї Програми)	2.1.1, 2.1.2, 2.1.4, 2.1.6, 2.1.7, 2.1.9
Сліпота (Втрата зору) (згідно з п.2.1.7 цієї Програми)	2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.6, 2.1.7, 2.1.9
Параліч (втрата функції кінцівок) (згідно з п.2.1.8 цієї Програми)	2.1.3, 2.1.8, 2.1.9.
Хірургічне лікування захворювань аорти (згідно з п.1.1.9 цієї Програми)	2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.6
Хірургічне втручання на серцевому клапані (згідно з п.2.1.10 цієї Програми)	2.1.5, 2.1.9
Розсіяний склероз (згідно з п.2.1.11 цієї Програми)	Виключень немає
Термінальна стадія печінкової недостатності (згідно з п.2.1.12 цієї Програми)	2.1.25
Глухота (Втрата слуху) (згідно з п.2.1.13 цієї Програми)	Виключень немає
Численні (масивні) опіки (згідно з п.2.1.14 цієї Програми)	2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.6, 2.1.7, 2.1.9
Хвороба Паркінсона (згідно з п.2.1.15 цієї Програми)	2.1.15
Хвороба Альцгеймера/тяжка деменція (у віці до 60 років) (згідно з п.2.1.16 цієї Програми)	Виключень немає
Доброякісна пухлина головного мозку (згідно з п.2.1.17 цієї Програми)	2.1.1, 2.1.2, 2.1.3, 2.1.6, 2.1.11, 2.1.20
Енцефаліт (згідно з п.2.1.18 цієї Програми)	2.1.19, 2.1.20
Бактеріальний менінгіт (згідно з п.2.1.19 цієї Програми)	2.1.18, 2.1.20
Тяжка травма голови (згідно з п.2.1.20 цієї Програми)	2.1.18, 2.1.19
Злоякісна анемія (згідно з п.2.1.21 цієї Програми)	2.1.1, 2.1.6
Термінальна стадія захворювання легенів (згідно з п.2.1.22 цієї Програми)	2.1.22
Коматозний стан (згідно з п.2.1.23 цієї Програми)	Усі хвороби/стани є виключенням
Втрата мовлення (згідно з п.2.1.24 цієї Програми)	Виключень немає

Блискавичний вірусний гепатит (згідно з п.2.1.25 цієї Програми)	Усі хвороби/стани є виключенням
Первинна легенева гіпертензія (згідно з п.2.1.26 цієї Програми)	2.1.26
Смертельна невиліковна хвороба (згідно з п.2.1.27 цієї Програми)	Усі хвороби/стани є виключенням
Поліомієліт (згідно з п.2.1.28 цієї Програми)	2.1.27
Апалічний синдром (згідно з п.2.1.29 цієї Програми)	2.1.2
Інші тяжкі захворювання коронарних артерій (згідно з п.2.1.30 цієї Програми)	2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.6, 2.1.7, 2.1.9, 2.1.30
Склеродермія, що прогресує (згідно з п.2.1.31 цієї Програми)	2.1.1, 2.1.3, 2.1.5, 2.1.19, 2.1.31
Системний червоний (еритематозний) вовчак (згідно з п.2.1.32 цієї Програми)	2.1.4, 2.1.6, 2.1.12, 2.1.25

5. Страховий Тариф

5.1. Розмір Страхового Тарифу залежить від обраного згідно з п.1.2 Програми Варіанту переліку Страхових Випадків та віку Застрахованої особи на дату укладення Договору Страхування та на кожну річницю дії Договору Страхування.

6. Письмове повідомлення про настання Страхового Випадку

6.1. Повідомлення про настання подій, зазначених в пунктах 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3 та 1.2.4 цієї Програми, повинно бути надано Страховикові в письмовій формі протягом 14 (чотирнадцяти) календарних 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. Після отримання повідомлення про настання Страхового Випадку Страховик надає заявнику форми, перелік документів та інформації, яку необхідно надати Страховику для одержання Страхової виплати. Вся інформація, що вимагається Страховиком для ухвалення рішення щодо здійснення Страхової виплати, повинна бути надана протягом 30 (тридцяти) днів з дати встановлення діагнозу 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. Початок дії Програми

7.1. Датою початку дії цієї Програми буде дата початку дії основної програми групового страхування життя щодо Застрахованої Особи, якщо тільки цю Програму не було введено в дію та додано 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. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми не пізніше, ніж за 30 (тридцять) днів до настання терміну сплати Страхової премії шляхом надання письмової заяви Страховику, за умови що Договір Страхування зберігає чинність. В такому випадку Страховик підтверджує факт припинення дії цієї Програми з ініціативи Страхувальника, оформивши відповідний Додаток до Договору Страхування.

8.2. Дія цієї Програми припиняється, та Страховик звільняється від своїх відповідних зобов'язань у таких випадках:

8.2.1. Здійснення виплати 100 % Страхової суми згідно з умовами цієї Програми.

8.3. Додатково до умов Правил дія цієї Програми щодо відповідної Застрахованої особи 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. На момент початку дії Програми Застрахованій особі виповнилося 65 (шістдесят п'ять) років, якщо інше не передбачено Договором Страхування; або

8.3.5. Страхова премія за цією Програмою та/або основною програмою групового страхування життя не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового періоду, якщо передбачено умовами Договору Страхування; або

8.3.6. Договір Страхування, укладений за основною програмою групового страхування життя, набув Статусу Повністю Сплаченого, або мала місце відмова від основної програми групового страхування життя або її дію припинено на інших підставах.

8.3.7. О 24 годині 00 хвилин за Київським часом дня, коли трудовий договір між працівником і Страхувальником припиняє свою дію або коли цивільно-правовий договір згідно п. 8.1.3 Правил припиняє свою дію.

8.3.8. О 24 годині 00 хвилин за Київським часом дня, коли працівник перестає відноситись до групи осіб, що відповідають вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим.

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 дії 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. Надання неповної інформації

9.1. Застрахована особа зобов'язана повністю та чесно заповнити анкету на укладання Договору Страхування, якщо така вимагається Страховиком, та відповісти чесно та в повному обсязі на всі письмові питання Страховика, що містяться в такій анкеті.

9.2. Будь-які навмисно неправдиві або неповні відповіді працівника та/або Страхувальника на питання про предмет Договору Страхування та інші питання, поставлені Страховиком у письмовій формі, або їх приховування у вищезазначеній анкеті є підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхових виплат щодо такої Застрахованої особи. Програма страхування, яка була надана на підставі такої анкети, припиняє свою дію або визнається недійсною щодо такої Застрахованої особи з дати початку дії Програми. В такому разі зобов'язання Страховика обмежуються зобов'язанням повернути Страхові премії, сплачені щодо такої Застрахованої особи з початку дії Програми 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 або захворювання, про які Страховик не дізнався через навмисно неправдиву інформацію, неправдиве свідчення, приховування даних щодо Застрахованої особи в анкеті на укладання Договору Страхування, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової виплати, дія Програми щодо такої Застрахованої особи негайно достроково припиняється та Страховик зобов'язаний повернути незароблену премію (якщо така є).

9.4. Однак якщо Програма безперервно діяла протягом 2 (двох) послідовних років з дня початку дії Програми щодо окремої Застрахованої особи, Страховик не буде оспорювати дійсність Програми і не застосовуватиме санкції, передбачені в п. 9.2. Програми.

**Програма групового страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок тілесних ушкоджень внаслідок нещасного випадку**

Наведені нижче спеціальні умови страхування за Програмою групового страхування додаткових ризиків Страхування на випадок тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку (надалі – «Програма») застосовуються у разі, якщо Договором Страхування передбачено страхування на випадок тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку.

Ця Програма є додатковою до Програми групового страхування основних ризиків, зазначеної в Договорі Страхування.

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 Сертифікаті, в Договорі Страхування 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 Сертифікаті або у Договорі 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 Договорі Страхування, Додатку до Договору, якщо інше не передбачено Договором 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.

3. Страховий Випадок та Страхова виплата

3.1. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Страховик зобов'язується здійснити Страхову виплату Застрахованій особі однією грошовою сумою у розмірі, зазначеному в Таблиці виплат за ризиком «Тілесні ушкодження внаслідок Нещасного Випадку» та доповненнях до неї, в разі, якщо Застрахована особа зазнає тілесних ушкоджень (надалі також «травма») згідно з Таблицею «Тілесні ушкодження внаслідок Нещасного Випадку» внаслідок Нещасного Випадку під час дії цієї Програми страхування щодо такої Застрахованої особи.

3.2. Таблиця виплат за ризиком «Тілесні ушкодження внаслідок Нещасного Випадку».

Стаття №	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір Страхової Виплати (% від Страхової Суми)
	КІСТКИ ЧЕРЕПА, НЕРВОВА СИСТЕМА	
1	Перелом кісток черепа: зовнішньої пластинки кісток склепіння а) склепіння б) основи в) склепіння та основи Примітка. У разі відкритого перелому кісток черепа додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5% Страхової Суми.	5% 15% 20% 25%
2	Внутрішньочерепні травматичні гематоми: а) епідуральна б) субдуральна, внутрішньомозкова в) епідуральна та субдуральна (внутрішньомозкова)	15% 20% 25%
3	Травма головного мозку: а) Струс головного мозку (у разі стаціонарного лікування від 3 до 13 днів) б) Струс головного мозку (у разі стаціонарного лікування понад 14 днів) в) Струс головного мозку, субарахноїдальний крововилив г) Залишкові чужорідні тіла в порожнині черепа (за винятком швів та пластикових елементів) г) Розтрощення (або розчавлення) речовини головного мозку (без зазначення симптомів і ознак) Примітка: 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. 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. У разі ушкоджень, зазначених в різних статтях, страхова сума виплачується з урахуванням кожного з них шляхом додавання.	3% 5% 10% 15% 50%
4	Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що спричинило: а) астенічний синдром, дистонію, енцефалопатію у дітей у віці до 16 років б) арахноїдит, енцефаліт (захворювання), арахноенцефаліт в) епілепсію г) верхній або нижній монопарез (парез однієї верхньої або нижньої кінцівки) г) гемі- або парапарез (парез обох верхніх або обох нижніх кінцівок, парез правих або лівих кінцівок), амнезію (втрату пам'яті) д) моноплегію (параліч однієї кінцівки) е) тетрапарез (парез верхніх та нижніх кінцівок), порушення координації рухів, слабоумство (деменцію) є) гемі-, пара- або тетраплегію, афазію (втрату мовлення), декортикацію, порушення функції тазових органів. Примітка:	5% 10% 15% 30% 40% 60% 70% 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 %. 2. У випадку, якщо Застрахованою Особою надано довідки про лікування з приводу травми та її ускладнень, сума Страхової Виплати за статтями 1, 2, 3, 5, 6 та ст.4 визначається шляхом додавання. 3. У разі зниження гостроти зору або зниження слуху в результаті черепно-мозкової травми Страхова Виплата здійснюється в сумі, розрахованій з урахуванням такої травми та зазначених ушкоджень за відповідними статтями шляхом додавання.	
5	Периферичне ушкодження одного або декількох черепно-мозкових нервів. Примітка: Якщо ушкодження черепно-мозкових нервів настало через перелом основи черепа, Страхова Виплата здійснюється за ст.1; ст.5 у такому випадку не застосовується.	10%
6	Травма спинного мозку на будь-якому рівні, кінського хвоста, поліомієліт (захворювання), без зазначення симптомів: а) забиття б) здавлювання, гематомієлія, поліомієліт в) частковий розрив г) повний розрив спинного мозку Примітка: 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. 2. Якщо у зв'язку з травмою хребта та спинного мозку проводились оперативні втручання, додатково одноразово здійснюється Виплата у розмірі 15 % Страхової суми.	10% 30% 50% 100%
7	Травматичні неврити на одній кінцівці (за виключенням неврити пальцевих нервів)	5%
8	Ушкодження (розрив, поранення) шийного, плечового, поперекового, крижового сплетінь: а) травматичний плексит б) частковий розрив сплетіння в) розрив сплетіння Примітка: 1. Ст. 7 та 8 одночасно не застосовуються. 2. Невралгії, невропатії, що виникли у зв'язку з травмою, не є підставою для здійснення Страхової Виплати.	10% 40% 70%
9	Розрив нервів: а) гілок променевого, ліктьового, серединного (пальцевих нервів) на кисті б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба та передпліччя; малогомілкового або великогомілкового нервів в) двох та більше: променевого, ліктьового або серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба та передпліччя; малогомілкового або великогомілкового нервів г) одного: пахового, променевого, ліктьового або серединного – на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного або кульшового (затупального)	5% 10% 20% 25%

	г) двох та більше: пахового, променевого, ліктьового або серединного – на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного або кульшового (затуплого) Примітка. Ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи та кисті не є підставою для здійснення Страхової Виплати.	40%
	ОРГАНИ ЗОРУ	
10	Параліч акомодатції одного ока	15%
11	Геміанопсія (випадіння половини поля зору одного ока)	15%
12	Звуження поля зору одного ока: а) неконцентричне б) концентричне	10% 15%
13	Екзофтальм, що пульсує, одного ока	20%
14	Поранення очного яблука з проникненням, хоріоретиніт, іридоцикліт, заворот повіка, дефект райдужної оболонки, зміна форми зіниці, рубці оболонок очного яблука	10%
15	Ушкодження 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, кератит	5%
17	Ушкодження ока (очей), що спричинило повну втрату зору єдиного ока або обох очей, що мали гостроту зору не нижче 0,01	100%
18	Видалення внаслідок травми очного яблука сліпого ока	10%
19	Перелом орбіти	50%
20	Зниження гостроти зору. 3 ступеня: а) слабкий ступінь (гострота зору від -0.5 до -3) б) середній ступінь (від -3.25 до -6) в) сильний ступінь (від -6.25 і більше) Примітка: 1. Рішення про здійснення Страхової Виплати у зв'язку зі зниженням гостроти зору та іншими наслідками внаслідок травми ухвалюється після закінчення лікування, але не раніше, ніж після закінчення тримісячного періоду з дати отримання травми. Після закінчення цього терміну Застрахована Особа звертається до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без урахування корекції) та інших наслідків перенесеного ушкодження. У таких випадках Страхову Виплату з урахування факту ушкодження за ст.14, 15, 19 може бути здійснено попередньо, без застосування тримісячного періоду. 2. Якщо відомості про гостроту зору ушкодженого ока до травми відсутні, то умовно слід вважати, що вона була такою самою, як і неушкодженого. Однак, якщо гострота зору неушкодженого ока виявиться нижче, ніж ушкодженого, умовно слід вважати, що гострота зору ушкодженого ока дорівнювала 1,0. 3. Якщо в результаті травми було ушкоджено обидва ока, та відомості щодо гостроти їх зору до травми відсутні, слід умовно вважати, що їх гострота зору становила 1,0. 4. У тому випадку, якщо у зв'язку з посттравматичним зниженням гостроти зору було імплантовано штучний кришталик або застосовано коригувальну лінзу, сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням гостроти зору до операції.	5% 15% 50%
	ОРГАНИ СЛУХУ	
21	Травма вушної раковини, що спричинила: а) перелом хряща	2%

	б) втрату менше 1/3 частини вушної раковини	5%
	в) втрату 1/2 частини вушної раковини	15%
	г) повну втрату вушної раковини	30%
22	Травма одного вуха, що спричинила зниження слуху: а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м б) шепітна мова - до 1 м в) повна глухота (розмовна мова - 0)	5% 15% 25%
23	Розрив однієї барабанної перетинки, що стався в результаті травми та не спричинив зниження слуху. Примітка. Розрив барабанної перетинки внаслідок перелому основи черепа не покривається.	5%
24	Травма одного вуха, що спричинила посттравматичний отит: а) гострий б) хронічний Примітка: Страхова Виплата за ст.24 (б) здійснюється додатково у тому випадку, якщо таке ускладнення травми буде встановлено ЛОР-спеціалістом після закінчення тримісячного періоду після отримання травми. До закінчення цього терміну сума Страхової Виплати розраховується за відповідною статтею з урахуванням факту травми.	3% 5%
	СИСТЕМА ДИХАННЯ	
25	Перелом, вивих кісток, хряща носа, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, решітчастої кістки Примітка: Якщо в зв'язку з переломом, вивихом кісток, хряща носа настане їх деформація, і це буде підтверджено довідкою лікувально-профілактичного закладу та результатами засвідчення, сума Страхової Виплати розраховуватиметься згідно зі ст.25 та 58 (якщо є підстави для застосування цієї статті) шляхом додавання.	5%
26	Травма легені, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмонія, ексудативний плеврит, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини: а) з одного боку б) з двох боків Примітка: 1. Пневмонія, що розвинулася в період лікування травми або після оперативного втручання, що мало місце з приводу травми (за виключенням ушкодження грудної клітки та органів грудної порожнини) не є підставою для здійснення Страхової Виплати 2. Якщо перелом ребер, груднини спричинили ускладнення, передбачені ст.26, Страхову Виплату за цією статтею буде здійснено додатково до Страхової Виплати за ст.28, 29.	5% 10%
27	Травма грудної клітки та її органів, що спричинило: а) легенеvu недостатність (після закінчення тримісячного терміну з дати отримання травми) б) видалення долі, частини легені в) видалення однієї легені Примітка: У разі здійснення Страхової Виплати за ст.27 (б, в) ст.27 (а) не застосовується.	10% 40% 60%
28	Перелом груднини	10%
29	Перелом ребра, за кожне Примітка: 1. У разі перелому ребер під час реанімаційних заходів Страхова Виплата здійснюється на загальних підставах. 2. Перелом хрящової частини ребра є підставою для здійснення Страхової Виплати.	3%

	3. Якщо у довідках, отриманих з різних лікувально-профілактичних закладів, буде зазначено різну кількість ушкоджених ребер, сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням більшої кількості ушкоджених ребер.	
30	Травма грудної клітки з проникненням, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою: а) торакоскопія, торакоцентез, травма з проникненням без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребувало проведення торакотомії торакотомія: б) за відсутності ушкодження органів грудної порожнини в) за ушкодження органів грудної порожнини г) повторні торакотомії (незалежно від їх кількості) Примітка: 1. Якщо у зв'язку з травмою грудної клітки та її органів було проведено видалення легені або її частини сума Страхової Виплати розраховується відповідно до ст.27; ст. 30 при цьому не застосовується; ст.30 та 26 одночасно не застосовуються. 2. Якщо у зв'язку з травмою грудної порожнини проводились торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, одноразово здійснюється Страхова Виплата, сума якої розраховується відповідно до найскладнішого втручання.	5% 10% 15% 10%
31	Ушкодження гортані, трахеї, щитоподібного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, що не спричинили порушення функції. 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: а) осиплість або втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менше 3 місяців з дати отримання травми б) втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менше 6 місяців з дати отримання травми 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% 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: а) I ступеня б) II-III ступенів Примітка: Якщо у медичному висновку не зазначено ступінь серцево-судинної недостатності, то сума Страхової Виплати розраховується згідно зі ст. 34(а).	10% 25%
35	Ушкодження великих периферійних судин (що не спричинило порушення кровообігу) на рівні: а) плеча, стегна б) передпліччя, гомілки	10% 5%

36	Ушкодження великих периферійних судин (що не спричинило порушення кровообігу) Примітка: 1. До великих магістральних судин слід відносити: Аорту, легеневу, безіменну, сонну артерію, внутрішні яремні вени, верхню та нижню порожнисті вени, ворітну вену, а також магістральні судини, що забезпечують кровообіг внутрішніх органів. До великих периферійних судин слід відносити: підключичні, пахові, плечові, ліктьові та променеві артерії, клубові, стегнові, підколінні, передні та задні великогомілкові артерії, підключичні, пахові, стегнові та підколінні вени. 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). 3. Страхова Виплата за ст.34, 36 здійснюється додатково, якщо зазначені в цих статтях ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення 3-місячного терміну після травми та підтверджено медичною документацією цього закладу. До закінчення цього терміну Страхова Виплата здійснюється згідно зі ст.33, 35. 4. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводились операції з метою відновлення судинного русла, додатково здійснюється Страхова Виплата у розмірі 5 % Страхової Суми.	20%
	ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ	
37	Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи: а) перелом однієї кістки, вивих щелепи б) перелом двох та більше кісток або подвійний перелом однієї кістки Примітка: 1. У разі перелому щелепи, що настав випадково під час стоматологічних маніпуляцій, Страхова Виплата здійснюється на загальних підставах. 2. Перелом альвеолярного відростка, що настав під час втрати зубів, не є підставою для здійснення Страхової Виплати. 3. Якщо у зв'язку з травмою щелеп, виличних кісток проводились оперативні втручання, додатково одноразово здійснюється Страхова Виплата у розмірі 5 % Страхової Суми.	5% 10%
38	Звичний вивих щелепи 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: а) частини щелепи (за виключенням альвеолярного відростка) б) щелепи Примітка: 1. Сума Страхової Виплати на випадок втрати щелепи або її частини включає суму Страхової Виплати на випадок втрати зубів незалежно від їх кількості. 2. У випадках, коли травма щелепи супроводжувалась ушкодженням інших органів ротової порожнини, відсоток Страхової Суми, належної до сплати визначається з урахуванням таких ушкоджень згідно з відповідними статтями шляхом додавання. 3. У разі здійснення Страхової Виплати згідно зі ст.39 додаткові Страхові Виплати з приводу оперативного втручання не здійснюються.	40% 80%
40	Травма язика, порожнини рота (поранення, опік, відмороження), що спричинила виникнення рубців (незалежно від їх розміру)	3%

41	Травма язика, що спричинила : а) відсутність кінчика язика б) відсутність дистальної третини язика в) відсутність язика на рівні середньої третини г) відсутність язика на рівні кореня або повна відсутність язика	10% 15% 30% 60%
42	Травма зубів, що спричинила: а) відлам коронки зуба, перелом зуба (коронки, шийки, кореня), вивих зуба Втрату: б) 1 зуба в) 2-3 зубів г) 4-6 зубів г) 7-9 зубів д) 10 і більше зубів Примітка: 1. У разі перелому або втрати через травму зубів з незйомними протезами сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням втрати тільки опорних зубів. У разі пошкодження в результаті травми зйомних протезів Страхова Виплата не здійснюється. 2. У разі втрати або переломі молочних зубів у дітей до 5 років Страхова Виплата здійснюється на загальних підставах. 3. У разі втрати зубів та перелому щелепи сума Страхової Виплати розраховується згідно зі ст.37 та 42 шляхом додавання. Якщо у зв'язку з травмою зуба було здійснено Страхову Виплату згідно зі ст.42 (а), а в подальшому цей зуб було видалено, з суми Страхової Виплати, належної до сплати у зв'язку з видаленням зуба, буде вираховано суму вже здійсненої страхової Виплати. 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.	3% 5% 10% 15% 20% 25%
43	Травма (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунка, кишечника, а також езофагогастроскопія, проведена у зв'язку з цими ушкодженнями або з метою видалення сторонніх тіл зі стравоходу, шлунка, що не спричинило функціональних порушень	5%
44	Травма (поранення, розрив, опік) стравоходу, що спричинила: а) звуження стравоходу б) непрохідність стравоходу (за наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу Примітка: Відсоток Страхової Суми, належний до сплати згідно зі ст.44, визначається не раніше, ніж після закінчення періоду тривалістю 6 місяців з дати отримання травми. Раніше за цей термін Страхова Виплата здійснюється попередньо згідно зі ст.43, та сума такої Страхової Виплати вираховується з суми Страхової Виплати, сплачуваної після ухвалення остаточного рішення.	40% 100%
45	Травма (розрив, опік, поранення) органів травлення, що спричинила: а) холецистит, дуоденіт, гастрит, панкреатит, ентерит, коліт, проктит, парапроктит б) рубцеве звуження (деформацію) шлунка, кишечника, задньопрохідного отвору в) спайкову хворобу, стан після операції з приводу спайкової непрохідності г) кишкова нориця, кишково-півхова нориця, нориця підшлункової залози г) протиприродний задній прохід (колостома) Примітка:	5% 15% 25% 50% 100%

	1. У разі ускладнення травм, зазначених у підпунктах “а”, “б”, “в”, Страхова Виплата здійснюється за умови, що всі ці ускладнення мають місце після закінчення періоду тривалістю 3 місяці з дати отримання травми, а зазначені у підпунктах “г” та “д” - після закінчення періоду тривалістю 6 місяців з дати отримання травми. Зазначені ускладнення травми визнаються виключно утому випадку, якщо їх підтверджено довідкою лікувально-профілактичного 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. 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.	
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. Примітка: 1. Страхова Виплата згідно зі ст.46 здійснюється додатково до Страхової Виплати, визначеної у зв'язку з травмою органів живота, якщо кила є прямим наслідком такої травми. 2. Кили живота (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) б) печінкову недостатність (захворювання)	5% 10%
48	Травма печінки, жовчного міхура, що спричинила: а) ушивання розривів печінки або видалення жовчного міхура б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура в) видалення частини печінки г) видалення частини печінки та жовчного міхура	15% 20% 25% 35%
49	Травма селезінки, що спричинила: а) субкапсульний розрив селезінки, що не потребував оперативного втручання б) видалення селезінки	5% 30%
50	Травма шлунка, підшлункової залози, кишечника, брижі, що спричинила: а) утворення хибної кисти підшлункової залози б) резекцію шлунка, кишечника, підшлункової залози в) видалення шлунка 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.	20% 30% 60%
51	Травма органів черевної порожнини, у зв'язку з якої проведено: а) лапароскопію (лапароцентез) б) лапаротомію у разі підозри на пошкодження органів черевної порожнини (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом) в) лапаротомію у разі ушкодження органів черевної порожнини (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	5% 10% 15%

	г) повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості) Примітка: 1. Якщо у зв'язку з травмою органів черевної порожнини є підстави для здійснення Страхової Виплати за ст.47-50, ст. 51 (крім підпункту "г") не застосовується. 2. Якщо внаслідок однієї травми будуть пошкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один або декілька буде видалено, а інший (інші) – ушиті, Страхова Виплата здійснюється згідно з відповідними статтями та ст.51(в) одноразово. 3. В тому випадку, коли внаслідок однієї травми буде пошкоджено органи травної, сечовивідної або статеві системи (без їх видалення), додатково здійснюється Страхова Виплата за ст.55 (5 %).	10%
	СЕЧОВИВІДНА ТА СТАТЕВА СИСТЕМА	
52	Травма нирки, що спричинила: а) забиття нирки, підкапсульний розрив нирки, що не потребував оперативного втручання б) видалення частини нирки в) видалення нирки	5% 30% 60%
53	Травма органів сечовивідної системи (нирок, сечоводів, сечового міхура, сечовипускального каналу), що спричинила: а) цистит, уретрит б) гостру ниркову недостатність, пієліт, пієлоцистит в) зменшення обсягу сечового міхура г) гломерулонефрит (захворювання), пієлонефрит, звуження сечоводу, сечовипускального каналу г) синдром довготривалого роздавлювання (травматичний токсикоз, краш-синдром, синдром роздроблення), хронічну ниркову недостатність д) непрохідність сечоводу, сечовипускального каналу, сечостатевої нирки Примітка: 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. 2. Страхова Виплата у зв'язку з наслідками, перерахованими у підпунктах "а", "в", "г", "г" та "д" ст.53, здійснюється у тому випадку, якщо такі ускладнення мають місце після закінчення періоду тривалістю 3 місяці з дати отримання травми. Раніше за цей термін Страхова Виплата здійснюється згідно зі ст.52 або 55 (а) та сума, розрахована згідно з визначеним відсотком від Страхової Суми, не вираховується з суми Страхової Виплати після ухвалення остаточного рішення.	5% 10% 15% 25% 30% 40%
54	Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовивідної системи: а) цистостомія б) у разі підозри ушкодження органів в) у разі ушкодження органів г) повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (незалежно від їх кількості) Примітка: Якщо у зв'язку з травмою було проведено видалення нирки або її частини, Страхова Виплата здійснюється згідно зі ст.52 (б, в); ст.54 при цьому не застосовується.	5% 10% 15% 10%
55	Пошкодження органів статеві або сечовивідної системи: а) поранення, розрив, опік, відмороження	5%

56	Ушкодження статевої системи, що спричинило: а) видалення одного яєчника, маточної труби, яєчка б) видалення обох яєчників, обох маточних труб, яєчок, частини (<50%) статевого члена в) втрату матки у жінок у віці: до 40 років з 40 до 50 років 50 років і старше г) перелом статевого члена, що не призвів до видалення д) втрату (>50%) статевого члена, обох яєчок	15% 30% 50% 30% 15% 10% 50%
57	Позаматкова вагітність, патологічні пологи, що спричинили: а) видалення однієї маточної труби, одного яєчника б) видалення обох маточних труб (або єдиної маточної труби), обох яєчників (або єдиного яєчника) в) втрата матки (в тому числі з придатками) у віці: до 40 років з 40 до 50 років 50 років і старше Примітка 1. В умовах цієї Програми позаматкова вагітність та патологічні пологи прирівнюються до тілесних ушкоджень, як визначено у п.2.3 цієї Програми. 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).	15% 30% 50% 30% 15%
	М'ЯКІ ТКАНИНИ	
58	Травма м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної області, вушних раковин, що спричинила після загосня: а) утворення рубців площиною від 0,5 до 1,0 кв. см б) утворення рубців площиною 1,0 кв. см і більше або довжиною 5 см і більше в) значне порушення косметики (до 40% поверхні) г) різке порушення косметики (від 41% до 70% поверхні) д) спотворювання (більше 70% поверхні) Примітка: 1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за забарвленням від навколишньої шкіри, втягнені або ті, що виступають над її поверхнею, стягують тканини. Спотворювання - це різка зміна природного вигляду обличчя людини в результаті механічного, хімічного, термічного ті інших насильницьких впливів. 2. Якщо у зв'язку з переломом кісток лицьового черепа (кісток обличчя) зі зміщенням уламків було проведено операцію (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням перелому та післяопераційного рубця, якщо такий рубець порушує косметичку.	5% 5% 10% 30% 70%

	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.	
59	Травма м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що спричинила після загоєння утворення рубців площиною: а) від 2,0 до 5,0 кв. см або довжиною 5 см і більше 3% б) від 5 кв. см до 25 кв. см 5% в) від 26 кв. см до 100 кв. см 10% г) від 101 кв. см до 200 кв. см 15% г) від 201 кв. см до 300 кв. см 20% д) від 301 кв. см до 400 кв. см 25% е) від 401 кв. см до 500 кв. см 30% є) від 501 кв. см до 750 кв. см 35% ж) 751 кв. см та більше 40% Примітка: 1. Під час визначення площини рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на місці взяття шкіряного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри. 2. Якщо Страхова Виплата здійснюється у зв'язку з оперативним втручанням (у разі відкритих ушкоджень, пластики сухожиль, зшиванні судин, нервів тощо), ст.59 не застосовується.	
60	Травма м'яких тканин тулуба, кінцівок, що спричинила утворення пігментних плям площиною (% поверхні тіла): а) від 50 кв. см до 100 кв. см 3% б) від 101 кв. см до 500 кв. см 5% в) від 501 кв. см до 750 кв. см 10% г) 751 кв. см і більше 15% Примітка: 1. Рішення щодо здійснення Страхової Виплати згідно зі ст.58, 59 та 60 ухвалюється з урахуванням даних огляду, проведеного після загоєння ранової поверхні, але не раніше, ніж після закінчення періоду тривалістю 1 місяць після отримання травми. 2. Загальна сума виплат за ст.59 та 60 не має перевищувати 40 % від Страхової Суми.	
61	Опікова хвороба, опіковий шок 10% Примітка: Страхова Виплата згідно зі ст.61 сплачується додатково до Страхової Виплати, що здійснюється у зв'язку з отриманням опіку.	
62	Травма м'яких тканин: а) не видалені чужорідні тіла 3% б) м'язова кила, посттравматичний періостит, гематома, що не розсмокталася, площиною не менше 2 кв. см, неповний розрив м'язів 5% в) розрив сухожиль, за виключенням пальців кисті, взяття аутоотрансплантата з іншого відділу опорно-рухового апарата, повний розрив м'язів 7% г) розрив зв'язок будь-якого суглоба 5%	

	д) ушкодження зв'язок будь-якого суглоба, що вимагає накладання фіксуєючої пов'язки	2%
	Примітка: 1. Страхова Виплата у зв'язку з гематомою, що не розсмокталася, не видаленими чужорідними тілами, м'язовою килою або посттравматичним періоститом здійснюється у тому випадку, якщо такі ускладнення мають місце після закінчення періоду тривалістю 1 місяць після отримання травми.	
	ХРЕБЕТ	
63	Перелом, перелоמו-вивих або вивих тіл, дужок та суглобних відростків хребців (за виключенням крижі та куприка): а) одного-двох б) трьох - п'яти в) шести і більше	20% 30% 40%
64	Розрив міжхребцевих зв'язок (за тривалості лікування не менше 14 днів), підвивих хребців (за виключенням куприка) Примітка: У разі рецидивів підвивиху хребця Страхова Виплата не здійснюється.	5%
65	Перелом кожного поперечного або остистого відростка	3%
66	Перелом крижі	10%
67	Ушкодження куприка: а) підвивих куприкових хребців б) вивих куприкових хребців в) перелом куприкових хребців Примітка: 1. Якщо у зв'язку з травмою хребта (в тому числі крижі та куприка) проводились оперативні втручання, додатково здійснюється Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми одноразово. 2. В тому випадку, якщо перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням обох ушкоджень шляхом додавання. В тому випадку, якщо внаслідок однієї травми Застрахована Особа зазнає перелому тіла хребта, ушкодження зв'язок, перелому поперечних або остистих відростків, сума Страхової Виплати розраховується згідно зі статтею, що передбачає найбільш тяжку травму. Страхова Виплата здійснюється одноразово.	5% 10% 15%
	ВЕРХНЯ КІНЦІВКА, ЛОПАТКА ТА КЛЮЧИЦЯ	
68	Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально-ключичного, грудинно-ключичного зчленувань: а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного зчленування б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки та розрив одного зчленування, перелоמו-вивих ключиці в) розрив двох зчленувань та перелом однієї кістки, перелом двох кісток та розрив одного зчленування г) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) Примітка: 1. У випадку, якщо у зв'язку з травмами, перерахованими у ст.68, проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми. 2. У випадку, якщо у зв'язку з відкритим переломом не проводилось оперативне втручання, рішення про здійснення Страхової Виплати за ст.59 ухвалюється за результатами огляду, проведеного після загоєння рани.	5% 10% 15% 15%

	3. Страхова Виплату у зв'язку переломом, що не зрісся (хибним суглобом) здійснюється у випадку, якщо таке ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу. Таку Виплату буде здійснено додатково.	
	ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ	
69	Травми області плечового суглоба (суглобної западини лопатки, голівки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, суглобної сумки): а) розрив сухожиль, капсули суглоба, відриви кісткових фрагментів, у тому числі великого горбика, перелом суглобної западини лопатки, вивих плеча б) перелом двох кісток, перелом лопатки та вивих плеча в) перелом плеча (голівки, анатомічної, хірургічної шийки), перелоמו-вивих плеча	 5% 10% 15%
70	Травма плечового поясу, що спричинило: а) звичний вивих плеча б) відсутність рухомості суглоба (анкілоз) в) плечовий суглоб, що "вихлястий" внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають Примітка: 1. Страхова Виплата за ст.70 здійснюється додатково до Страхової Виплати, сплачуваної у зв'язку з травмами області плечового суглоба у випадку, якщо перераховані у цій статті ускладнення буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено медичною документацією такого закладу. 2. У випадку, якщо у зв'язку з травмою плечового суглоба буде проведено оперативні втручання, додатково буде здійснено Виплату у розмірі 10 % від Страхової Суми. 3. Страхова Виплата у разі звичного вивиху плеча здійснюється у випадку, якщо він настав протягом 3 років після первинного вивиху, отриманого Застрахованою Особою в період дії Договору Страхування. Діагноз звичного вивиху плеча має бути підтверджено медичною документацією з лікувального закладу, в якому проводилось його вправлення. У випадку рецидивів звичного вивиху плеча Страхова Виплата не здійснюється.	 15% 20% 40%
	ПЛЕЧЕ	
71	Перелом плечової кістки: а) на будь-якому рівні б) подвійний перелом	 15% 20%
72	Перелом плечової кістки, що спричинив утворення перелому, що не зрісся (хибного суглоба) Примітка: 1. Страхова Виплата за ст.72 здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з травмою плеча, якщо зазначені ускладнення буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми. 2. Якщо у зв'язку з травмою області плеча проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми.	 40%
73	Травматична ампутація верхньої кінцівки або тяжка травма, що спричинила ампутацію: а) з лопаткою, ключицею або їх частиною б) плеча на будь-якому рівні в) єдиної кінцівки на рівні плеча Примітка. Якщо Страхову Виплату було здійснено згідно зі ст.73, додаткова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	 80% 75% 100%

	ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ	
74	Травма ділянки ліктьового суглоба: а) гемартроз, пронаційний підвивих передпліччя б) відриви кісткових фрагментів, у тому числі надвиростків плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, вивих кістки в) перелом променевої та ліктьової кістки, вивих передпліччя г) перелом плечової кістки разом з променевою та ліктьовою кістками Примітка. У випадку, якщо внаслідок однієї травми Застрахована Особа зазнає різних ушкоджень, перерахованих у ст.74, сума Страхової Виплати розраховується згідно з підпунктом, що враховує найбільш тяжке ушкодження.	5% 5% 10% 20%
75	Травма ділянки ліктьового суглоба, що спричинила: а) відсутність рухомості у суглобі (анкілоз) б) плечовий суглоб, що “вихлястий” внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають Примітка: 1. Страхова Виплата за ст.75 здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв’язку з травмами ліктьового суглоба, у випадку, якщо порушення рухомості суглоба буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу. 2. У випадку, якщо у зв’язку з травмою області ліктьового суглоба буде проведено оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми.	40% 50%
	ПЕРЕДПЛІЧЧЯ	
76	Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, за виключенням області суглобів: а) перелом, вивих однієї кістки б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки	10% 15%
77	Перелом, що не зрісся (хибний суглоб) кісток передпліччя: а) однієї кістки б) двох кісток Примітка: Страхова Виплата за ст.77 здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв’язку з травмою передпліччя, якщо зазначені ускладнення буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми.	20% 40%
78	Травматична ампутація або тяжка травма, що спричинила: а) ампутацію передпліччя на будь-якому рівні б) екзартикуляцію у ліктьовому суглобі в) ампутацію єдиної кінцівки на рівні передпліччя Примітка: 1. Якщо у зв’язку з травмою області передпліччя проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми. 2. Якщо Страхову Виплату було здійснено згідно зі ст.78, додаткова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	65% 70% 100%
	ПРОМЕНЕВОЗАП’ЯСНИЙ СУГЛОБ	
79	Травма ділянки променевоzap’ясного суглоба:	

	а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих голівки ліктьової кістки	5%
	б) перелом двох кісток передпліччя	10%
	в) перилунарний вивих кисті	15%
80	Травма ділянки променевоzap'ясного суглоба, що спричинила відсутність рухомості (анкілоз) цього суглоба Примітка: 1. Страхова Виплата за ст.80 здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з травмами променевоzap'ясного суглоба, у випадку, якщо порушення рухомості суглоба буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено медичною документацією такого закладу. 2. Якщо у зв'язку з травмою області променевоzap'ясного суглоба проводились оперативні втручання, додатково здійснюється Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.	15%
	КИСТЬ	
81	Перелом або вивих кісток зап'ястка, п'ясних кісток однієї кисті: а) однієї кістки (крім човноподібної) б) двох та більше кісток (крім човноподібної) в) човноподібної кістки г) вивих, перелоμο-вивих кисті Примітка: 1. Якщо у зв'язку з травмою кисті проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми. 2. У разі перелому (вивиху) внаслідок однієї травми кісток зап'ястка (п'ясних кісток) та човноподібної кістки сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням кожної травми шляхом додавання.	5% 10% 10% 15%
82	Травма кисті, що спричинила: а) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) однієї або декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів) б) втрату усіх пальців, ампутацію на рівні п'ясних кісток зап'ястка або променевоzap'ясного суглоба в) ампутацію єдиної кисті Примітка. Страхова Виплата у зв'язку з переломом, що не зрісся (хибним суглобом) кісток зап'ястка або п'ясних кісток здійснюється додатково за ст.82 (а) у випадку, якщо таке ускладнення травми встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.	10% 65% 100%
	ПАЛЬЦІ КИСТІ. ПЕРШИЙ ПАЛЕЦЬ	
83	Травма пальця, що спричинила: а) відрив нігтьової пластинки б) ушкодження сухожилля (сухожилків) розгиначів пальця в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожилків) згинача пальця, сухожилковий, суглобовий, кістковий панарицій Примітка: 1. Гнійне запалення навколонигтьового валика (паронихія) не є підставою для здійснення Страхової Виплати.	3% 3% 5%

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

	Примітка: 1. Якщо Страхову Виплату здійснено згідно зі ст.88, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється. 2. У разі травми декількох пальців кисті в період дії одного Договору Страхування сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням кожного пошкодження шляхом додавання, однак її розмір не має перевищувати 65% від Страхової Суми для однієї кисти та 100 % від Страхової Суми для обох кистей.	
	ТАЗ	
89	Травма таза: а) перелом однієї кістки б) перелом двох кісток або розрив одного зчленування, подвійний перелом однієї кістки в) перелом трьох та більше кісток, розрив двох або трьох зчленувань Примітка: 1. Якщо у зв'язку з переломом кісток таза або розривом зчленувань проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми. 2. Розрив лобкового зчленування, крижово-клубового зчленування (зчленувань) під час пологів є підставою для здійснення Страхової Виплати за ст.89 (б або в) на загальних підставах.	10% 15% 20%
90	Травма таза, що спричинила відсутність рухомості кульшового суглоба: а) в одному суглобі б) у двох суглобах Примітка. Страхова Виплата у зв'язку з порушенням функції кульшового суглоба (суглобів) за ст.90 здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з травмою таза, у випадку, якщо відсутність руху у суглобі буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.	20% 40%
	НИЖНЯ КІНЦІВКА КУЛЬШОВИЙ СУГЛОБ	
91	Травма кульшового суглоба: а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів) б) ізольований відрив вертлюга (вертлюгів) в) вивих стегна г) перелом голівки, шийки, проксимального метафізу стегна Примітка: 1. У випадку, якщо внаслідок однієї травми Застрахована Особа зазнає різних ушкоджень кульшового суглоба, Страхову Виплату буде здійснено згідно з одним з підпунктів, що передбачає найбільш тяжку травму. 2. Якщо у зв'язку з травмою кульшового суглоба проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми.	5% 10% 15% 20%
92	Травма кульшового суглоба, що спричинила: а) відсутність рухомості (анкілоз) б) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) шийки стегна в) ендопротезування г) вихлястий кульшовий суглоб внаслідок резекції голівки стегна Примітка: 1. Страхова Виплата у зв'язку з ускладненнями, перерахованими у ст.92, здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з травмою суглоба.	20% 30% 40% 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: а) на будь-якому рівні, за виключенням області суглобів б) подвійний перелом стегна	25% 30%
94	Перелом стегна, що спричинив утворення перелому, що не зрісся (хибного суглоба) Примітка: 1. Якщо у зв'язку з травмою області стегна проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми. 2. Страхова Виплата за ст.94 здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.	30%
95	Травматична ампутація або тяжка травма, що спричинила ампутацію кінцівки на будь-якому рівні стегна: а) однієї кінцівки б) єдиної кінцівки Примітка: Якщо Страхову Виплату здійснено згідно зі ст.95, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	70% 100%
	КОЛІННИЙ СУГЛОБ	
96	Травма області колінного суглоба: а) гемартроз б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростку (надвиростків), перелом голівки малої гомілкової кістки, ушкодження меніска в) перелом: надколінка, міжвиросткового підвищення, виростків, проксимального метафізу великої гомілкової кістки г) перелом проксимального метафізу великої гомілкової кістки з голівкою малої гомілкової кістки д) перелом виростків стегна, вивих гомілки е) перелом дистального метафізу стегна ж) перелом дистального метафізу, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток Примітка: 1. У разі поєднання різних пошкоджень колінного суглоба, Страхова Виплата здійснюється одноразово згідно з одним з підпунктів ст.96, що передбачає найбільш тяжку травму. 2. Якщо у зв'язку з травмою області колінного суглоба проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми.	5% 10% 15% 15% 25% 25% 35%
97	Травма ділянки надколінка, що спричинила: а) відсутність рухомості суглоба б) колінний суглоб, що «вихляється» внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають	25% 45%

	в) ендопротезування Примітка. Страхова Виплата за ст.97 сплачується додатково до Страхової Виплати здійсненої у зв'язку з травмою колінного суглоба.	40%
	ГОМІЛКА	
98	Перелом кісток гомілки (за виключенням ділянки суглобів): а) малогомілкової, відриві кісткових фрагментів б) великої гомілкової, подвійний перелом малої гомілкової в) обох кісток, подвійний перелом великої гомілкової Примітка: 1. Якщо внаслідок травми Застрахована Особа зазнала внутрішньосуглобового перелому великої гомілкової кістки в колінному або гомілковостопному суглобі та перелому малої гомілкової кістки на рівні діяфізу, Страхова Виплата здійснюється згідно зі ст.96 та 98 або ст.101 та 98 шляхом додавання.	5% 15% 20%
99	Перелом кісток гомілки, який спричинив перелом, що не зрісся (хибний суглоб) (за виключенням кісткових фрагментів): а) малогомілкової кістки б) великої гомілкової кістки в) обох кісток Примітка: 1. Страхова Виплата за ст.99 здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з переломом кісток гомілки, якщо такі ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу. 2. Якщо у зв'язку з травмою гомілки проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми.	10% 30% 40%
100	Травматична ампутація або тяжка травма, що спричинила: а) ампутацію гомілки на будь-якому рівні б) екзартикуляцію в колінному суглобі в) ампутацію єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки Примітка: Якщо Страхову Виплату здійснено у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	60% 70% 100%
	ГОМІЛКОВОСТОПНИЙ СУГЛОБ	
101	Травма ділянки гомілковостопного суглоба: а) перелом однієї кісточки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу б) перелом обох кісточок або перелом однієї кісточки з краєм великої гомілкової кістки в) перелом обох кісточок з краєм великої гомілкової кістки г) розрив сухожилля Примітка: 1. У разі перелому кісток гомілковостопного суглоба, що супроводжується розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) стопи, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.	5% 10% 15% 4%

	2. Якщо у зв'язку з травмою області гомілковостопного суглоба проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми.	
102	Травма області гомілковостопного суглоба, що спричинила: а) відсутність рухомості гомілковостопного суглоба б) гомілковостопний суглоб, що "хилиться" внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають в) екзартикуляцію у гомілковостопному суглобі 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.	20% 40% 50%
103	Травма Ахіллового сухожилля: а) у разі консервативного лікування б) у разі оперативного лікування	5% 15%
	СТОПА	
104	Травма стопи: а) перелом, вивих однієї кістки (за виключенням п'яркової та таранної), розрив зв'язок стопи, що вимагає фіксації гіпсовою пов'язкою б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки в) перелом, вивих трьох та більше кісток, перелом п'яркової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих у поперечному суглобі стопи (Шопара) або передплесно-плесновому суглобі (Лисфранка) Примітка: 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. 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% 10% 15%
105	Травма стопи, що спричинила: а) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) однієї-двох кісток (за виключенням п'яркової та таранної кісток) б) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) трьох та більше кісток, а також п'яркової або таранної кістки в) артродез підтаранного суглоба, поперечного суглоба передплесни (Шопара) або передплесно-плеснового (Лисфранка) г) ампутацію на рівні: 1) плесно-фалангових суглобів (відсутність всіх пальців стопи) 2) плеснових кісток або передплесни 3) таранної, п'яркової кісток (втрата стопи) Примітка: 1. Страхова Виплата у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими ст.105 (а, б, в), здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з травмою стопи, якщо такі ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу; а у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими ст.105 (а, б, в) - незалежно від терміну, що пройшов з дня отримання травми Застрахованою Особою.	5% 15% 20% 30% 40% 50%

	2. Якщо Страхову Виплату здійснено у зв'язку з ампутацією стопи, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	
	ПАЛЬЦІ СТОПИ	
106	Перелом, вивих фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожилків): а) одного пальця, відрив нігтьової пластинки б) двох - трьох пальців в) чотирьох - п'яти пальців 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% 5% 10%
107	Травматична ампутація або травма пальців стопи, що спричинила ампутацію: Першого пальця: а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба б) на рівні основної фаланги або плесно-фалангового суглоба другого, третього, четвертого, п'ятого пальців в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плесно - фалангових суглобів г) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг д) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плесно - нігтьових суглобів Примітка: 1. Якщо Страхову Виплату здійснено згідно зі ст. 107, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється. 2. Якщо у зв'язку з травмою було проведено ампутацію пальця з плесновою кісткою або її частиною, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.	5% 10% 5% 10% 15% 20%
108	Травма, що спричинила: а) утворення лігатурних свищів б) лімфостаз, тромбофлебіт, порушення трофіки в) остеомієліт, в тому числі гематогенний остеомієліт Примітка: 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). 2. Нагнійні запалення пальців стоп не є підставою для здійснення Страхової Виплати.	5% 10% 20%
109	Травматичний шок, геморагічний, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою Примітка. Страхова Виплата за ст.109 здійснюється додатково до Виплат, здійснених у зв'язку з травмою.	5%
110	Випадкове гостре отруєння, асфіксія (удушення), кліщовий або післящепленневий енцефаліт (енцефаломієліт), ураження електрострумом (атмосферною електрикою), укуси змій, отруйних комах, правець, ботулізм (у разі відсутності даних щодо ураження внаслідок зазначених подій окремих органів) за стаціонарного лікування: а) 6 - 10 днів б) 11 - 20 днів в) більше 20 днів	5% 10% 15%

	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.	
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: а) у разі безперервного лікування тривалістю від 10 до 15 днів включно б) у разі безперервного лікування тривалістю понад 15 днів Примітка: Стаття 111 не застосовується, якщо внаслідок настання Страхового Випадку була здійснена Страхова виплата за іншою статтею (статтями) цієї Таблиці	2% 3%

3.3. Доповнення до Таблиці виплат за ризиком «Тілесні ушкодження внаслідок нещасного випадку» №1:

Страхові виплати, що здійснюються у зв'язку з отриманням Застрахованою особою опіків (у відсотках від Страхової суми)

Площина опіку (% поверхні тіла)	Ступінь опіку			
	II	IIIА	IIIВ	IV
0,5 - 5	5	10	13	15
6 - 10	10	15	17	20
11 - 20	15	20	25	35
21 - 30	20	25	45	55
31 - 40	25	30	70	75
41 - 50	30	40	85	90
51 - 60	35	50	95	95
61 - 70	45	60	100	100
71 - 80	55	70	100	100
81 - 90	70	80	100	100
понад 91	90	95	100	100

Примітки:

- а) У випадку опіків дихальних шляхів – розмір Страхової виплати становить 30% від Страхової суми;
б) У випадку опіків голови та/або шиї суму Страхової виплати буде збільшено на:
1) 5%, якщо опік займає площу менше 5% поверхні тіла;
2) 10%, якщо опік займає площу від 5 до 10% поверхні тіла.
в) У випадку опіків в області паху суму Страхової виплати буде додатково збільшено на 10% від Страхової суми;
г) У разі Опікової хвороби (опікового шоку) суму Страхової виплати буде збільшено на 10%;
д) 1% поверхні тіла постраждалого дорівнює загальній площі внутрішньої сторони його долоні, пальців і зап'ястя.

3.4. Доповнення до Таблиці виплат за ризиком «Тілесні ушкодження внаслідок нещасного випадку» №2:

Страхові виплати, що здійснюються у зв'язку зі зниженням гостроти зору Застрахованої особи (у відсотках від Страхової суми)

Гострота зору		У відсотках від Страхової суми. %	Гострота зору		У відсотках від Страхової суми. %
До травми	Після травми		До травми	Після травми	
1.0	0.9	3	0.4	0.3	5
	0.8	5		0.2	5
	0.7	5		0.1	10
	0.6	10		Нижче за 0.1	15
	0.5	10		0.0	20
	0.4	10			
	0.3	15			
	0.2	20			
	0.1	30			
	Нижче за 0.1	40			
	0.0	50			
	0.8	3		0.2	5

0.9	0.7 0.6 0.5 0.4 0.3 0.2 0.1 Нижче за 0.1 0.0	5 5 10 10 15 20 30 40 50	0.3	0.1 Нижче за 0.1 0.0	5 10 20
0.8	0.7 0.6 0.5 0.4 0.3 0.2 0.1 Нижче за 0.1 0.0	3 5 10 10 15 20 30 40 50	0.2	0.1 Нижче за 0.1 0.0	5 10 20
0.7	0.6 0.5 0.4 0.3 0.2 0.1 Нижче за 0.1 0.0	3 5 10 10 15 20 30 40	0.1	Нижче за 0.1 0.0	10 20
0.6	0.5 0.4 0.3 0.2 0.1 Нижче за 0.1 0.0	5 5 10 10 15 20 25	Нижче за 0.1	0.0	20
0.5	0.4 0.3 0.2 0.1 Нижче за 0.1 0.0	5 5 10 10 15 20			

Примітки:

- а) Рішення про виплату Страхової суми у зв'язку з погіршенням гостроти зору внаслідок травми ухвалюється після відповідного лікування та не раніше, ніж через 3 місяці після отримання травми. Після закінчення цього терміну Застрахована особа має пройти медичне обстеження для визначення гостроти зору обох очей (без урахування корекції) та інших наслідків травм;
- б) 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 uszkodженого ока, вважається, що гострота зору uszkodженого ока до отримання травми дорівнювала 1;
- в) Якщо обидва ока Застрахованої особи були uszkodжені, і немає даних щодо гостроти їх зору до отримання травми, то вважається, що гострота їх зору до отримання травми дорівнювала 1.

3.5. Страхова сума згідно з цією Програмою не повинна перевищувати **100%** Страхової суми згідно з відповідною основною програмою групового страхування життя, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування.

3.6. Загальна сума Страхових виплат, здійснюваних щодо більше, ніж однієї травми внаслідок одного Нещасного випадку, розраховуватиметься шляхом додавання сум Страхових виплат за кожною з травм, але не має перевищувати Страхової суми за цією Програмою щодо Застрахованої особи.

4. Письмова заява про настання Страхового Випадку

4.1. 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.

4.2. Всі необхідні документи, інформація та результати обстежень мають бути надані Страховику у формі, яка ним вимагається. За необхідності Застрахована особа повинна пройти медичне обстеження на вимогу та за рахунок Страховика. Після отримання тілесних ушкоджень або настання хвороби Застрахована особа повинна якнайшвидше отримати допомогу кваліфікованого лікаря та ретельно дотримуватись лікарських призначень. Страховик звільняється від будь яких зобов'язань щодо наслідків, які виникають через те, що Застрахована особа не отримала медичну допомогу, не дотримувалась

лікаря лікарських призначень. У разі смерті Застрахованої особи, Страховик має право вимагати проведення патологоанатомічного дослідження за власний рахунок та/або ознайомитись та одержати результати патологоанатомічного дослідження.

4.3. 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.

5. Підтвердження тілесних ушкоджень

5.1. Після одержання заяви Застрахованої особи або Страхувальника щодо одержання Страхової виплати у зв'язку з отриманням тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного випадку, Страховик може призначити лікаря або групу лікарів для підтвердження факту настання та/або оцінки ступеню травми, визначеної в Таблиці виплат за ризиком «Тілесні ушкодження внаслідок нещасного випадку» та доповнень до неї. Визначення факту настання та/або оцінки ступеню тілесних ушкоджень лікарем (лікарями), призначеним (призначеними) Страховиком, вважається остаточним та є підставою для визначення розміру Страхової виплати.

6. Початок дії Програми

6.1. Датою початку дії цієї Програми буде дата початку дії Програми грауювого 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.

7. Припинення дії Програми

7.1. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, дія цієї Програми щодо Застрахованої особи припиняється:

7.1.1. О 24 годині 00 хвилин за Київським часом дня, коли Договір Страхування припиняє свою дію;

7.1.2. О 24 годині 00 хвилин за Київським часом дня, коли трудовий договір між Застрахованою особою і Страхувальником припиняє свою дію або коли цивільно-правовий договір згідно п. 8.1.3 Правил припиняє свою дію;

7.1.3. О 24 годині 00 хвилин за Київським часом дня, коли Застрахована особа перестає відноситись до групи осіб, що відповідають вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим;

7.1.4. О 24 годині 00 хвилин за Київським часом дня останнього дня, встановленого Страховиком для сплати Страхової премії за відповідного працівника;

7.1.5. Наступного дня після закінчення періоду, визначеного Страховиком у вимозі (листі-нагадуванні) щодо сплати відповідної Страхової премії (її частини). Тривалість такого періоду не може бути меншою за 30 (тридцять) календарних днів;

7.1.6. Відмовою Страховика у здійсненні Страхової виплати через навмисно неправдиві або неповні відповіді працівника та/або Страхувальника на питання про предмет Договору Страхування та інші питання, поставлені Страховиком у письмовій формі;

7.1.7. У випадку здійснення виплати 100% Страхової суми за Програмою щодо Застрахованої особи.

7.2. Припинення дії цієї Програми щодо окремої Застрахованої особи не призводить до припинення її дії щодо інших Застрахованих осіб за Договором Страхування.

7.3. Невідповідність Застрахованої особи критеріям працівника, який Активно працює, буде мати ті самі юридичні наслідки (в тому числі ті, що зазначені в п.3.1 цієї Програми), що і припинення дії трудового договору між Застрахованою особою і Страхувальником, якщо інше окремо не узгоджено між Страховиком і Страхувальником в Договорі Страхування.

7.4. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми не пізніше, ніж за 30 (тридцять) днів до настання терміну сплати Страхової премії шляхом надання письмової заяви Страховику, за умови що Договір Страхування зберігає чинність. В такому випадку Страховик підтверджує факт припинення дії цієї Програми з ініціативи Страхувальника, оформивши відповідний Додаток до Договору Страхування.

7.5. 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. 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.

Програма групового страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок травм та/або тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку

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 Сертифікаті 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 Сертифікаті 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 Сертифікаті 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 фіксуєчих 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 проведено рентгенологічне 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 затвердженням 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 променевоzap'ястного суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця на її ширину, що вимірюється на рівні гілок II-V п'ястих 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: а) зовнішньої пластинки кісток склепіння б) склепіння в) основи г) склепіння і основи	5% 15% 20% 25%
2.	Внутрішньочерепні травматичні гематоми: а) епідуральна б) субдуральна, внутрішньомозкова в) епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова)	10% 15% 20%
3.	Ушкодження головного мозку: а) струс головного мозку при строку лікування від 7 днів б) струс головного мозку при стаціонарному строку лікування від 14 і більше днів в) забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив при стаціонарному строку лікування не менше 14 днів г) не видалені сторонні тіла порожнини черепа (за винятком шовного і пластичного матеріалу) д) розмізчування речовини головного мозку (без опису симптоматики) Примітки: <i>1. Якщо у зв'язку з черепно-мозковою травмою проводились оперативні втручання на кістках черепа, головному мозку і його оболонках, додатково виплачується 10% від страхової суми, одноразово.</i> <i>2. Струс головного мозку має бути підтверджений діагнозом лікаря невропатолога/невролога і наявністю енцефалограми головного мозку.</i>	3% 5% 10% 15% 50%
4.	Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що призвело до: а) астенічного синдрому, дистонії, енцефалопатії у дітей віком до 16 років б) арахноїдиту, енцефаліту, арахноенцефаліту в) епілепсії г) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки) д) гемі - або парапарезу (парезу обох верхніх або нижніх кінцівок або лівих кінцівок), амнезії (втрати пам'яті) е) моноплегії (паралічу однієї кінцівки) ж) тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, недоумства (деменції) з) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів	5% 10% 15% 30% 40% 60% 70% 100%

	Примітки: 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. <u>Загальна сума виплат не може перевищувати 100% страхової суми.</u> 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. 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.	
5.	Периферичне ушкодження одного чи декількох черепно-мозкових нервів	10%
	Примітка: якщо ушкодження черепно-мозкових нервів настало при переломі основи черепа, то страхова виплата здійснюється за ст. 1. Стаття 5 при цьому не застосовується.	
6.	Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, кінського хвоста, поліомієліт, без зазначення симптомів:	
	а) Струс спинного мозку при безперервному стаціонарному - строком не менше 7 днів, і амбулаторному лікуванні загальною тривалістю не менше 14 днів	5%
	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	10%
	в) здавлення, гематомієлія, поліомієліт	30%
	г) частковий розрив	50%
	д) повний перерив спинного мозку	100%
	Примітки: 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. 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.	
7.	Травматичні неврити на одній кінцівці (за винятком невритів пальцевих нервів) .	5%
8.	Ушкодження (перерив, поранення) шийного, плечового, поперекового, крижового сплетіння:	
	а) травматичний плексит	10%
	б) частковий розрив сплетіння	40%
	в) перерив сплетіння	70%
	Примітки: 1. Статті 7 та 8 одночасно не застосовуються. 2. Невралгії, невропатії, які виникли у зв'язку з травмою, не дають підстав для отримання страхової виплати.	
9.	Перерив нервів:	
	а) гілок променевого, ліктьового або серединного (пальцевих нервів) на кисті	5%
	б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променевоzap'ястного суглоба та передпліччя; малогомілкового та великогомілкового нервів	10%
	в) двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променевоzap'ястного суглоба та передпліччя; малогомілкового та великогомілкового нервів	20%
	г) одного: пахового, променевого, ліктьового, серединного на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного і стегнового	25%
	д) двох і більше: пахового, ліктьового, серединного на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного і стегнового	40%

	Примітка: 1. Ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи та кисті не дає підстав для отримання страхової виплати.	
Органи зору		
10.	Параліч акомодатції одного ока.	15%
11.	Геміанопсія (випадіння половини поля зору одного ока), ушкодження м'язів очного яблука (травматична косоокість, птоз, диплопія).	15%
12.	Звуження поля зору одного ока: а) неконцентричне б) концентричне	10% 15%
13.	Пульсуючий екзофтальм одного ока	10%
14.	Ушкодження ока, яке не призвело до зниження гостроти зору: а) непроникаюче поранення очного яблука, гіфема б) проникаюче поранення очного яблука, опіки II-III ступеня, гемофтальм в) опіки ока (очей) без зазначення ступеня, а також опіки ока (очей) I ступеня Примітки: 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. 2. Поверхневі інородні тіла на оболонках ока не дають підстав для отримання страхової виплати.	3% 10% 1%
15.	Ушкодження слюзопровідних шляхів одного ока: а) які не призвели до порушення функції слюзопровідних шляхів б) які призвели до порушення функції слюзопровідних шляхів	 3% 7%
16.	Наслідки травми ока: а) кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, хоріоретиніт б) дефект райдужної оболонки, зміщення кришталика, зміна форми зіниці, трихіаз (неправильний ріст вій), заворот повік, не видалені сторонні тіла у очному яблуці та тканинах очної ямки, рубці оболонок очного яблука та повік (за винятком шкіри) Примітки: 1. Якщо внаслідок однієї травми настає декілька патологічних змін, перелічених у ст. 16, то страхова виплата здійснюється з урахуванням найбільше тяжкого наслідку, одноразово. 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% 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: а) переламу хряща б) відсутності до 1/3 частини вушної раковини в) відсутності 1/3-1/2 частини вушної раковини г) відсутності більше 1/2 частини вушної раковини	3% 5% 7% 15%

	<i>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.</i>	
22.	Ушкодження одного вуха, що призвело до зниження слуху: а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м б) шепітна мова на відстані до 1 м в) цілковита глухота (розмовна мова - 0) <i>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) .</i>	5% 15% 25%
23.	Розрив однієї барабанної перетинки, що настав внаслідок травми, і не призвів до зниження слуху. Примітки: 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. 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: а) гострого гнійного б) хронічного <i>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.</i>	1% 5%
25.	Перелом, вивих кісток, хряща носа, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, гратчастої кістки. <i>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.</i>	5%
26.	Ушкодження легені, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмонія, ексудативний плеврит, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини: а) з однієї сторони б) з обох сторін. Примітки: 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. 2. Якщо переломи ребер, грудини призвели до ускладнень, передбачених ст. 26, страхова виплата за цією статтею виплачується додатково до ст. 28,ст. 29.	5% 10%
27.	Ушкодження грудної клітки та її органів, що призвели до: а) легеневої недостатності (після 3 місяців з дня травми) б) видалення долі, частини легені в) видалення однієї легені <i>Примітка. При здійсненні страхової виплати за статтею 27(б, в) стаття 27 а не застосовується.</i>	10% 30% 50%
28.	Перелом грудини.	5%
29.	Перелом ребер: а) одного ребра б) кожного наступного ребра	5% 3%

	Примітки: 1. При переломі ребер під час реанімаційних заходів страхова виплата здійснюється на загальних підставах. 2. Перелом хрящової частини ребра дає підставу для здійснення страхової виплати. 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. 4. Виплата по цій статті не може перевищувати 20%.	
30	Проникаючі поранення грудної клітки, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою: а) торакоскопія, торакоцентез, проникаюче поранення без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребувало проведення торакотомії б) торакотомія при відсутності ушкодження органів грудної порожнини в) торакотомія при пошкодженні органів грудної порожнини г) повторні торакотомії (незалежно від їх кількості) Примітка: 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. 2. Якщо у зв'язку з травмою грудної порожнини проводилися торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, страхова виплата здійснюється з врахуванням найскладнішого втручання, одноразово.	5% 10% 15% 5%
31.	Ушкодження гортані, трахеї, щитовидного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, які не призвели до порушення функції 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: а) сиплості або втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж 3 місяці після травми б) втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж 6 місяців після травми 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.	10% 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: а) I ступеня б) II-III ступеня Примітка. Якщо в довідці лікувального закладу не вказана ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата виплачується за ст. 34 а.	10% 25%
35	Ушкодження великих периферичних судин, які не призвели до порушення кровообігу, на рівні: а) плеча, стегна б) передпліччя, гомілки	10% 5%
36.	Ушкодження великих периферичних судин, які призвели до порушення кровообігу	10%

Примітки: 1. До великих магістральних судин слід відносити: 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. 2. Якщо застрахована особа в своїй заяві вказала про те, що травма призвела до порушення функції серцево-судинної системи, то слід одержати висновок спеціаліста. 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. 4. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводилися операції з метою встановлення судинного русла, то додатково виплачується 5% від страхової суми.		
Органи травлення.		
37.	Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи: а) перелом однієї кістки, вивих щелепи б) перелом двох і більше кісток або подвійний перелом однієї кістки Примітки: 1. При переломі щелепи, що випадково стався під час стоматологічних маніпуляцій, страхова виплата здійснюється на загальних підставах. 2. Перелом альвеолярного відростка, що стався при втраті зубів, не дає підстав для здійснення страхової виплати. 3. Якщо у зв'язку з травмою щелеп, великих кісток проводилося оперативне втручання, то додатково виплачується 5% від страхової суми, одноразово. 4. При повторних вивихах щелепи страхове відшкодування не сплачується.	5% 10%
38.	Звичайний вивих щелепи. 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: а) частини щелепи (за винятком альвеолярного відростка) б) щелепи Примітки: 1. При здійсненні страхової виплати у зв'язку з відсутністю щелепи або її частини врахована і втрата зубів, незалежно від їх кількості. 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. 3. При здійсненні страхової виплати за ст. 39 додатково страхова виплата за оперативні втручання не здійснюється.	40% 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: а) відсутності кінчика язика б) відсутності дистальної третини язика в) відсутності язика на рівні середньої третини г) відсутності язика на рівні кореня або повної відсутності язика	10% 15% 30% 60%
42.	Ушкодження зубів, що призвели до: а) злам коронки зуба, перелому зуба (коронки, шийки, кореня), вивиху зуба б) втрата 1 зуба в) втрата 2-3 зубів	1% 3% 5%

	г) втрата 4-6 зубів д) втрата 7-9 зубів е) втрата 10 і більше зубів Примітки: 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. 2. При втраті або переломі молочних зубів у дітей до 5 років страхова виплата здійснюється на загальних підставах. 3. При втраті зубів та переломі щелепи розмір страхової виплати, яка повинна бути здійснена, визначається за ст. 37 та ст. 42 шляхом підсумовування. 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. 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.	10% 15% 20%
43.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунку, кишечника, а також езофагогастростомія, 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: а) звуження стравоходу: першого ступеня другого ступеня третього ступеня б) непрохідність стравоходу (при наявності гастростомії), а також стан після пластики стравоходу 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.	25% 30% 40% 70%
45.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що призвели до: а) холециститу, дуоденіту, гастриту, панкреатиту, ентериту, коліту, проктиту, парапроктиту б) рубцевого звуження (деформації) шлунка, кишечника, задньопрохідного отвору в) спайкової хвороби, стану після операції з приводу спайкової непрохідності г) кишкового свища, кишково - піхвового свища, свища підшлункової залози д) протиприродного заднього проходу (колостоми) Примітки: 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. 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.	5% 10% 25% 50% 75%
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.	10%

	Примітки: 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. 2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові та пахово-мошоночні), що виникли внаслідок підняття важких речей, не дають підстав для здійснення страхової виплати.	
47.	Ушкодження печінки внаслідок травми чи випадкового гострого отруєння, що призвело до: 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 б) печінкової недостатності	5% 20%
48.	Ушкодження печінки, жовчного міхура, що призвели до: а) ушивання розривів печінки чи видалення жовчного міхура б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура в) видалення частини печінки г) видалення частини печінки та жовчного міхура	15% 20% 25% 35%
49.	Ушкодження селезінки, що призвело до: а) підкапсульного розриву селезінки, що не потребував оперативного втручання б) видалення селезінки	5% 30%
50.	Ушкодження шлунку, підшлункової залози, кишечника, брижі, що призвели до: а) утворення псевдокісти підшлункової залози б) резекції шлунку, кишечника, підшлункової залози в) видалення шлунку Примітка. При наслідках травми, які перелічені в одному пункті ст.50, страхова виплата здійснюється одноразово. Проте, якщо травма різних органів призведе до ускладнень, зазначених в різних пунктах, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.	20% 30% 60%
51.	Ушкодження органів живота, у зв'язку з якими проведені: а) лапароскопія (лапароцентез) б) лапаротомія при підозрі на пошкодження органів живота (в тому числі, з лапароскопією, лапароцентезом) в) лапаротомія при пошкодженні органів живота (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом) г) повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості) Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою органів живота є підстави для здійснення страхової виплати за ст. 47-50, то ст. 51 (крім пункту 2) не застосовується. 2. Якщо внаслідок однієї травми будуть ушкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один чи декілька будуть видалені, а інші (інші) ушиті, страхова виплата здійснюється за відповідними статтями та пунктом в) ст. 51, одноразово. 3. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми будуть ушкоджені органи системи травлення, сечовидільної чи статевих системи (без їх видалення), додатково здійснюється страхова виплата за ст. 55 у розмірі 5%.	5% 10% 15% 5%
Сечовидільна та статеві системи.		
52.	Ушкодження нирки, що призвели до: а) забою нирки, підкапсульного розриву нирки, що не потребував оперативного втручання б) видалення частини нирки в) видалення нирки	5% 30% 60%
53.	Ушкодження органів сечовидільної системи (нирок, сечоводу, сечового міхура, сечовипускального каналу), що призвели до: а) циститу, уретриту б) гострої ниркової недостатності, пієліту, пієлоциститу в) зменшення об'єму сечового міхура г) гломерулонефриту, пієлонефриту, звуження сечоводу, сечовипускального каналу	5% 10% 15% 25%

	д) синдрому тривалого роздавлювання (травматичного токсикозу, краш-синдрому, синдрому розм'ягчення), хронічної ниркової недостатності е) непрохідності сечоводу, сечовипускального каналу, сечостатевих свищів Примітки: 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. 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.	30% 40%
54.	Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовидільної системи: а) цистостомія б) при підозрі на ушкодження органів в) при ушкодженні органів г) повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (не залежно від їх кількості) 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.	5% 10% 15% 5%
55.	Ушкодження органів статеві або сечовидільної системи: а) поранення, розрив б) згвалтування особи у віці: до 15 років від 15 до 18 років від 18 років і старше 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.	5% 50% 30% 15%
56.	Ушкодження статеві системи, що призвело до: а) видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члену в) втрати матки у жінок віком: до 40 років від 40 до 50 років від 50 і старше г) втрати статевого, члена, в т.ч. разом з яєчками у чоловіків віком: до 60 років 60 років і старше	15% 30% 50% 30% 15% 50% 20%
М'які тканини		
57.	Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки, вушних раковин, що призвели після загоювання до: а) утворення рубців, пігментних плям довжиною (діаметром) від 1 до 3 см б) утворення рубців, пігментних плям довжиною 3 см і більше в) значного порушення косметичного вигляду г) різкого порушення косметичного вигляду д) спотворення.	3% 5% 10% 15% 20%

	Примітки: 1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за забарвленням від оточуючої шкіри, втягнуті або ті, що виступають над її поверхнею, стягують тканини. Спотворення – це різка зміна істотного вигляду обличчя людини внаслідок механічного, хімічного, термічного та інших зовнішніх впливів. 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. 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.	
58.	Ушкодження м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що призвели після загоснення до утворення рубців площею: а) від 2,0 кв. см до 5,0 кв. см або довжиною 5 см і більше 3% б) від 5,0 кв. см до 2 % поверхні тіла 5% в) від 2,0 % до 6,0% поверхні тіла 10% г) від 6,0 % до 10,0% поверхні тіла 15% д) від 10,0 % до 15,0% поверхні тіла 20% е) від 15 % та більше 25% Примітки: 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'ястих кісток (без урахування I пальця). 2. При визначенні площі рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на місці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри. 3. Якщо страхова виплата проводиться за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожилків, зшиванні судин, нервів і т. ін.), стаття 58 не застосовується.	
59.	Ушкодження м'яких тканин тулуба, кінцівок, що призвели до утворення пігментних плям площею: а) від 1 % до 2 % поверхні тіла 3% б) від 2% до 10% поверхні тіла 5% в) від 10% і більше 10% Примітки. Рішення про проведення страхової виплати за статтями 57, 58, 59 приймається з урахуванням даних лікарського огляду, який проведений після загоснення поверхонь ран але не раніше ніж через 1 місяць після травми. 2. Загальна сума виплат за статтями 58 і 59 не повинна перевищувати 40%.	
60.	Опікова хвороба Примітки: страхова виплата за ст. 60 проводиться додатково до страхової виплати, що проводиться у зв'язку з опіком.	10%
61.	Ушкодження м'яких тканин: а) невидалені сторонні тіла 3% б) м'язева грижа, післятравматичний періостит, нерозсмоктана гематома площею не менше 2 кв. см 5% в) розрив сухожилка, за винятком пальців кисті, взяття аутоотрансплантата, розрив, надрив м'язів 5% Примітки. 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. 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.	

Хребет

62.	Перелом, перелоמו-вивих або вивих тіл, дужок, суглобових відростків хребців (за винятком крижів та куприка): а) одного б) двох-трьох	10% 20%
	б) чотирьох-шести; в) семи і більше	30% 40%
63.	Розрив міжхребцевих зв'язок (при строку лікування не менше ніж 14 днів), підвивих хребців (за винятком куприка). <i>Примітка: при рецидивах підвивиха хребця страхова виплата не проводиться.</i>	5%
64.	Перелом остистого або поперечного відростка: а) одного-двох б) трьох і більше	5% 10%
65.	Перелом крижів	10%
66.	Ушкодження куприка: а) підвивих куприкових хребців б) вивих куприкових хребців в) перелом куприкових хребців <i>Примітки:</i> 1. Якщо у зв'язку з травмою хребта (в тому числі, крижів та куприка) проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово. 2. У випадку, коли перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, страхова виплата проводиться з урахуванням обох пошкоджень шляхом підсумовування. 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. 4. Ушкодження хребта, що настали без зовнішньої дії - травми, наприклад, що стали наслідком підйому важких речей, не є основою для страхової виплати.	3% 5% 10%
Верхня кінцівка. Лопатка та ключиця.		
67.	Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально-ключичного, грудинно - ключичного зчленувань: а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного зчленування б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки й розрив одного зчленування, перелоמו-вивих ключиці в) розрив двох зчленувань й перелом однієї кістки, перелом двох кісток й розрив одного зчленування г) незрощений перелом (псевдосуглоб) <i>Примітки:</i> 1. У випадку, коли у зв'язку з ушкодженнями, переліченими у ст. 67, проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово. 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. 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% 10% 15% 15%
Плечовий суглоб		
68.	Ушкодження ділянки плечового суглоба (суглобової западини лопатки, головки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, суглобової сумки): а) розрив сухожилків, капсули суглоба, відриви кісткових фрагментів, у тому числі, великого горбика, перелом суглобової западини лопатки, вивих плеча; б) перелом двох кісток, перелом лопатки й вивих плеча;	5% 10%

	в) перелом плеча (головки, анатомічної, хірургічної шийки) перелоמו-вивих плеча; 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.	15%
69.	Ушкодження плечового поясу, що призвели до: а) звичного вивиху плеча б) відсутності рухів у суглобі (анкілозу) в) “бовтаючогося” плечового суглоба, внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його Примітки: 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. 2. У випадку, коли у зв'язку з травмою плечового суглоба будуть проведені оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми. 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% 20% 40%
Плече		
70.	Перелом плечової кістки: а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина), крім ділянки суглобів б) подвійний перелом	15% 20%
71.	Перелом плечової кістки, що призвів до утворення незрощеного перелому (псевдосуглоба) Примітки: 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. 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: а) з лопаткою, ключицею або їх частиною б) плеча на будь-якому рівні в) єдиної кінцівки на рівні плеча Примітка: якщо страхова виплата проводиться за статтею 72, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	70% 60% 100%
Ліктьовий суглоб		
73.	Ушкодження ділянки ліктьового суглоба: а) гемартроз, пронаційний підвивих передпліччя, вивих кістки б) відриви кісткових фрагментів, у тому числі відриви (переломи) надвиростків плечової кістки, черезвиростковий (надвиростковий) перелом плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки в) перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя г) перелом плечової кістки д) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками. 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% 5% 10% 15% 20%
74.	Ушкодження ділянки ліктьового суглоба, що призвело до: а) відсутності рухів у суглобі (анкілозу); б) “бовтаючогося” ліктьового суглобу внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його Примітки:	20% 30%

	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. 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.	
Передпліччя		
75.	Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, за винятком ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина): а) перелом однієї кістки б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки	5% 10%
76.	Незрощений перелом (псевдосуглоб) кісток передпліччя: а) однієї кістки б) двох кісток 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% 20%
77.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до: а) ампутації передпліччя на будь-якому рівні б) екзартикуляції у ліктьовому суглобі в) ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя Примітки: 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. 2. Якщо страхова виплата проводиться за статтею 77, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	50% 55% 100%
Променевозап'ястний суглоб		
78.	Ушкодження ділянки променевозап'ястного суглоба: а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих головки ліктьової кістки б) перелом двох кісток передпліччя в) перілунарний вивих кисті г) вивих кісток зап'ястя д) перелоמו-вивих кисті	5% 10% 7% 2% 10%
79.	Ушкодження ділянки променевозап'ястного суглоба, що призвело до відсутності рухів (анкілозу) в цьому суглобі. Примітки: 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. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки променевозап'ястного суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми.	15%
Кисть		
80.	Перелом кісток зап'ястя, п'ястих кісток однієї кисті: а) однієї кістки (крім човноподібної) б) двох і більше кісток (крім човноподібної) в) човноподібної кістки	5% 10% 10%

	Примітки: 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. 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.	
81.	Ушкодження кисті, що призвело до: а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї чи декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів) б) втрати всіх пальців, ампутації на рівні п'ясних кісток зап'ястя або променевозап'ястного суглоба в) ампутації єдиної кисті Примітка: страхова виплата у зв'язку з незрощеним переломом (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.	10% 65% 100%
	Пальці кисті. Перший палець	
82.	Ушкодження пальця, що призвело до: а) відриву нігтьової пластинки б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків) розгиначів/згиначів пальця, сухожилкового, суглобового, кісткового панарицію Примітки: 1. Гнійне запалення біля нігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для проведення страхової виплати. 2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилків, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилковим панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3 % від страхової суми одноразово. 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% 3%
83.	Ушкодження пальця, що призвели до: а) відсутності рухів в одному суглобі б) відсутності рухів у двох суглобах Примітка: Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції I 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% 15%
84.	Пошкодження пальця, що призвело до: а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги б) ампутації на рівні нігтьової фаланги в) ампутації на рівні між фалангового суглоба (втрати нігтьової фаланги) г) ампутації на рівні основної фаланги, п'ясно-фалангового суглоба (втрата пальця) д) ампутації пальця з п'ясною кісткою або її частиною Примітка: якщо страхова виплата проведена за ст. 84, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	5% 10% 15% 20% 25%
	Другий, третій, четвертий, п'ятий пальці	
85.	Ушкодження одного пальця, що призвело до: а) відриву нігтьової пластинки б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків) розгиначів/згиначів пальця, сухожилкового, суглобового, кісткового панарицію	1% 3%

	Примітки: 1. Гнійне запалення біля нігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для проведення страхової виплати. 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. 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: а) відсутності рухів у одному суглобі б) відсутності рухів у двох або трьох суглобах пальця 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% 7%
87.	Ушкодження пальця, що призвело до: а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги б) ампутації на рівні нігтьової фаланги, втрати фаланги в) ампутації на рівні середньої фаланги, втрати двох фаланг г) ампутації на рівні основної фаланги, втрати пальця д) втрати пальця з п'ясною кісткою або частиною її Примітки: 1. Якщо страхова виплата проведена за ст. 87, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадиться. 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% 5% 7% 10% 15%
Таз		
88.	Ушкодження таза: а) перелом однієї кістки б) перелом двох кісток або розрив одного зчленування, подвійний перелом однієї кістки в) перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох зчленувань Примітка: якщо у зв'язку з переломом кісток таза або розривом зчленувань проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.	5% 10% 15%
89.	Ушкодження таза, що призвели до відсутності рухів у тазостегнових суглобах: а) у одному суглобі б) у двох суглобах 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 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.	20% 40%
Нижня кінцівка.		
Тазостегновий суглоб		
90.	Ушкодження тазостегнового суглоба: а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів) б) ізольований відрив вертела (вертелів), черезвертельний (міжвертельний) перелом стегна в) вивих стегна г) перелом головки, шийки, проксимального метафіза стегна	5% 10% 10% 25%

	Примітки: 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. 2. Якщо у зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.	
91.	Ушкодження тазостегнового суглоба, що призвели до: а) відсутність рухів (анкілозу) б) незрощеного перелому шийки стегна в) ендопротезування г) "бобтаючогося" суглоба внаслідок резекції головки стегна Примітки: 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. 2. Страхова виплата за ст. 91б проводиться у тому випадку, коли це ускладнення буде встановлено у лікувальному закладі, але не раніше як через 9 місяців з дня травми й підтверджено довідкою цього закладу.	20% 25% 30% 35%
Стегно		
92.	Перелом стегна: а) на будь-якому рівні, за винятком ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина) б) подвійний перелом стегна	20% 30%
93.	Перелом стегна, що призвів до утворення незрощеного перелому Примітки: 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. 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: а) однієї кінцівки б) єдиної кінцівки Примітка: якщо страхова виплата була проведена за ст. 94, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	70% 100%
Колінний суглоб		
95.	Ушкодження ділянки колінного суглоба: а) гемартроз, вивих надколінника б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), перелом головки малогомілкової кістки, пошкодження меніска в) перелом: надколінника, міжвиросткового підвищення, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки, виростків стегна, черезвиростковий (надвиростковий) перелом стегна, розрив зв'язок, що вимагав оперативного лікування г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з головкою малогомілкової д) вивих гомілки е) перелом дистального метафіза стегна ж) перелом дистального метафіза, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток	3% 5% 10% 15% 15% 20% 25%

	Примітки: 1. При поєднанні різних ушкоджень колінного суглоба, страхова виплата проводиться одноразово у відповідності до одного з пунктів ст. 95, що передбачає найтяжче ушкодження. 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.	
96.	Ушкодження ділянки колінного суглоба, що призвело до: а) відсутності рухів у суглобі б) “бовтаючогося” колінного суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його в) ендопротезування Примітка: страхова виплата за ст. 96 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою цього суглоба.	20% 25% 30%
Гомілка		
97.	Перелом кісток гомілки (за винятком ділянки суглобів) : а) малогомілкової, відриві кісткових фрагментів б) великогомілкової, подвійний перелом малогомілкової в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 97 визначається при: - переломах малогомілкової кістки у верхній і середній третині; - переломах діяфіза великогомілкової кістки на будь-якому рівні; - переломах великогомілкової кістки в ділянці діяфіза (верхня, середня, нижня третина) та переломах малогомілкової кістки у верхній або середній третині 2. Якщо внаслідок травми настав внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки у колінному або гомілковоступневому суглобі і перелом малогомілкової кістки на рівні діяфіза, страхова виплата проводиться за статтями 95 та 97 або статтями 100 та 97 шляхом підсумовування.	5% 10% 15%
98.	Перелом кісток гомілки, що призвів до незрощеного перелому, псевдосуглоба (за винятком кісткових фрагментів): а) малогомілкової кістки б) великогомілкової кістки в) обох кісток Примітки: 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. 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.	5% 15% 20%
99.	Травматична ампутація або ушкодження, що призвело до: а) ампутації гомілки на будь-якому рівні б) екзартикуляції в колінному суглобі в) ампутації єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки Примітки: якщо страхова виплата була проведена у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не провадиться.	50% 60% 100%
Гомілковоступневий суглоб		
100.	Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба: а) перелом однієї щиколотки, заднього краю великогомілкової кістки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу б) перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки в) перелом обох щиколоток з краєм великогомілкової кістки	5% 10% 15%

	Примітки: 1. При переломах кісток гомілковоступневого суглоба, які супроводжувались розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) ступні, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово. 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 % від страхової суми одноразово.	
101.	Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба, що призвело до: а) відсутність рухів у гомілковоступневому суглобі б) “бовтаючогося” гомілковоступневого суглоба (внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його) в) екзартикуляції в гомілковоступневому суглобі. 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.	20% 25% 30%
102.	Ушкодження ахіллової сухожилка: а) при консервативному лікуванні б) при оперативному лікуванні	5% 15%
Стопа		
103.	Ушкодження стопи: а) перелом, вивих однієї кістки (за винятком п'яtkової і таранної) б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яtkової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих в поперековому суглобі стопи (Шопара) або передплюсне-плюсньовому суглобі (Лісфранка) Примітки: 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. 2. При переломах або вивихах кісток стопи, які настали внаслідок різних травм, страхова виплата проводиться з урахуванням факту кожної травми.	5% 10% 15%
104.	Ушкодження стопи, що призвело до: а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї-двох кісток (за винятком п'яtkової і таранної кісток) б) незрощеного перелому (псевдосуглоба) трьох і більше кісток, а також таранної або п'яtkової кісток в) артродез підтаранного суглоба, поперекового суглоба переплюсни (Шопара) або передплюсне-плюсньового (Лісфранка) ампутації на рівні: г) плюсне-фалангових суглобів (відсутності всіх пальців стопи) д) плюсневих кісток або передплюсни е) таранної, п'яtkової кісток (втрати стопи) Примітка: страхова виплата у зв'язку з ускладненнями травми стопи, 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), е) - незалежно від строку, що минув після травми.	5% 15% 20% 30% 40% 50%
Пальці стопи		
105.	Перелом, вивих фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків): а) одного пальця б) двох-трьох пальців в) чотирьох-п'яти пальців Примітка: якщо у зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилків пальця проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3 % від страхової суми одноразово.	3% 5% 10%

106.	Травматична ампутація або ушкодження пальців стопи, що призвело до ампутації: першого пальця а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба б) на рівні основної фаланги або плюсне-фалангового суглоба другого, третього, четвертого, п'ятого пальців в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів д) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг є) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів Примітки: 1. У тому випадку, коли страхова виплата проводиться за ст. 106, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводяться. 2. Якщо у зв'язку з травмою була проведена ампутація пальця з плюсновою кісткою або її частиною, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.	5% 10% 5% 10% 15% 20%
107.	Ушкодження, що призвело до: а) утворення лігатурних свищів б) лімфостазу, тромбофлебиту, порушення трофіки в) остеомієліту, в тому числі гематогенного остеомієліту Примітки: 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. 2. Гнійні запалення пальців стоп не дають підстав для проведення страхової виплати.	3% 5% 10%
108.	Травматичний шок, опіковий, геморагічний, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою. Примітка: страхова виплата за статтею 108 проводиться додатково до виплат, проведених у зв'язку з травмою.	5%
109.	Випадкове гостре отруєння, асфіксія (ядуха), кліщовий енцефаліт (енцефаломієліт), ураження електрострумом (атмосферною електрикою), укуси змій, отруйних комах, правець, ботулізм (при відсутності даних про ураження внаслідок вказаних подій конкретних органів) при стаціонарному лікуванні: а) 3-10 днів б) 11 -20 днів в) 21 і більше днів 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.	5% 7% 10%
Відмороження		
110.	Загальне охолодження організму (шок): а) на повітрі б) на воді	5% 10%
111.	Відмороження: а) I ступеня площею понад 2 кв. см б) II ступеня площею понад 2 кв. см в) III ступеня г) IV ступеня Примітка: У випадку, якщо внаслідок відмороження здійснюється ампутація (відторгнення) будь-якого ушкодженого органу, виплата страхового відшкодування окремо за ст.111 не здійснюється.	1% 3% 7% 10%
112.	Ускладнення при III- IV ступені відмороження: - місцевого характеру: а) ранева інфекція (анаеробна, гнилісна, гнойна)	7%

б) ішемія кінцівки (нітровоаскуліт, зміна тактильної чутливості) - загального характеру:	10%
в) пневмонія	10%
г) сепсис	20%
д) емболія	10%
е) 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 ушкодження I, II ступеня від 1% до 6 % поверхні тіла та III, III A ступеня до 1 % поверхні тіла	1%
	б) поверхові ушкодження I, II ступеня від 6% до 12 % поверхні тіла та III, III A ступеня від 2 % до 6% поверхні тіла	3%
	в) поверхові ушкодження III, III A ступеня від 6% до 12% поверхні тіла	5%
114.	Глибокі ушкодження (IIIB, IV ступеня) на площі до 6 % поверхні тіла	5%
115.	Ушкодження площею від 13 % до 20 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIB, IV ступеня) до 10 % поверхні тіла	10%
116.	Ушкодження площею від 21 % до 59 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIB, IV ступеня) до 40 % поверхні тіла	25%
117.	Ушкодження площею від 60 % і більше поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIB, 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 вимагалось стаціонарне і (або) амбулаторне безперервне лікування в цілому не менше ніж 3 дні. 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%
0.9	0.0	50%		0.2	10%
	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 змориюванні, 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 пункті 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/Страховальником відповідних офіційних документів.

6.2. Всі необхідні документи, інформація та результати обстежень мають бути надані Страховику у формі, яка ним вимагається. За необхідності Застрахована особа повинна пройти медичне обстеження на вимогу та за рахунок Страховика. Після отримання тілесних ушкоджень або травм

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 групового 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.

**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 чие 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 змінню 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 анuitет. Анuitетні 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, 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 анuitет, гарантований на певний строк (із Гарантованим періодом виплат). Анuitетні 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 Анuitетних 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 анuitет, який може бути переданий подружжю Одержувача у розмірі 60% від суми Довічного анuitету. Анuitетні 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 анuitету сплачуватиметься подружжю Одержувача, чие 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 Анuitетні виплати не здійснюватимуться і Положення припинить свою дію.

В разі здійснення Анuitетних 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 Анuitетних 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 Анuitетної 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. 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.

9.2. 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.

9.3. Якщо Застрахована особа помирає або достроково припиняє дію Договору Страхування до дати закінчення дії Договору Страхування, зазначеної у Страховому Сертифікаті 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.

9.4. Всі прямо не зазначені в тексті Положення визначення вживаються у значеннях відповідно до умов Правил добровільного страхування життя.