

ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ

(НОВА РЕДАКЦІЯ)

ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ПРАВИЛАХ

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

Сторона	Страховиком Договори Страхування та зобов'язана сплачувати Страхові Премії у встановлені строки та виконувати інші умови Договору Страхування. Страховик та Страхувальник відповідно до визначення цих термінів вище.
Застрахована Особа	Особа, про страхування життя або життя та здоров'я якої укладений Договір Страхування, та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором Страхування.
Вигодонабувач	Фізична особа або особи та/ або юридична особа (особи), які мають право отримати Страхову Виплату згідно з умовами Договору Страхування.
Вигодонабувач, призначений на випадок смерті Застрахованої Особи	Фізична особа або особи та/ або юридична особа (особи), визначені Страхувальником в Договорі Страхування за погодженням із Застрахованою Особою та затверджені Страховиком, які мають право отримати Страхову Виплату у випадку смерті Застрахованої Особи. Якщо на момент подання заяви про отримання Страхової Виплати Вигодонабувач не визначений, або помер, або не має права на отримання Страхової Виплати, то Страхова Виплата виплачуватиметься спадкоємцям Застрахованої Особи згідно з чинним законодавством України.
Нещасний випадок	Випадкова, зовнішня, насильницька, раптова, не спричинена Застрахованою Особою навмисно та не пов'язана з іншими подіями подія, що сталась протягом строку дії Договору Страхування та спричинила таке тяжке тілесне ушкодження або таку травму Застрахованій Особі, в результаті якої вона є тимчасово або постійно, повністю чи частково непрацездатна, потребує госпіталізації чи убита.
Нещасний випадок на транспорті	Не спричинена Застрахованою Особою навмисно раптова подія на велосипедному, автодорожньому, рейковому, морському, річковому або авіаційному транспорті, що сталась під час перевезення Застрахованої Особи велосипедом, наземним моторним транспортним засобом, громадським муніципальним електротранспортом (у якості пасажира або водія), потягом, човном або регулярними пасажирськими авіалініями незалежно від того чи під час руху, чи не у русі, включаючи посадку та висадку, зліт та приземлення, в процесі якого смерть або тілесне ушкодження Застрахованої Особи сталися в прямому зв'язку з використанням цього транспортного засобу. При цьому, якщо вимагається відповідним законодавством України, такий транспортний засіб має бути зареєстрований та офіційно допущений до пасажирських перевезень згідно з законодавством. 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 терористичним актом, навмисними діями, спрямованими на настання Нещасного випадку, використанням транспортного засобу в спортивних цілях, природним лихом, іншими ускладненнями просування, причина яких не стосується транспорту.

Страхова Сума	Грошова сума, яка передбачена умовами Договору Страхування для кожної Програми Страхування, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату Вигодонабувачу при настанні Страхового Випадку.
Страховий Випадок	Подія, передбачена Договором Страхування, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову Виплату Застрахованій Особі або Вигодонабувачу згідно з Договором Страхування або особі, що має право на отримання Страхової Виплати відповідно до законодавства України. Конкретний перелік Страхових Випадків визначається у Договорі Страхування згідно з умовами програм страхування, включених до Договору Страхування, наведених у Додатку 1 до цих Правил.
Страхова Виплата	Грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору Страхування при настанні Страхового Випадку. Страхові Виплати за Договором Страхування життя здійснюються в розмірі Страхової Суми (її частини) та (або) у вигляді регулярних, послідовних виплат обумовлених у Договорі Страхування сум (ануїтету).
Страхова Премія (страховий платіж, страховий внесок)	Плата за страхування, узгоджена обома Сторонами для кожної Програми Страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором Страхування.
Страховий Тариф	Ставка страхового внеску з одиниці Страхової Суми за визначений період страхування.
Договір Страхування	Письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання Страхового Випадку здійснити належну Страхову Виплату Застрахованій Особі або Вигодонабувачу, а Страхувальник зобов'язується сплачувати Страхові Премії у визначені строки та виконувати інші умови Договору Страхування.
Заява про страхування	Заява про намір укласти Договір Страхування життя. Сторони можуть визначити Заяву про страхування невід'ємною частиною Договору Страхування.
Страховий Поліс	Посвідчення факту укладання Договору Страхування. У випадку укладання Договору Страхування шляхом обміну документами Страховий Поліс є його невід'ємною частиною.
Викупна Сума	Викупна Сума - це сума, яка виплачується Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору Страхування Життя та розраховується математично на день припинення Договору Страхування Життя залежно від періоду, протягом якого діяв Договір Страхування Життя, згідно з методикою, яка проходить експертизу в Уповноваженому органі, здійснена актуарієм і є невід'ємною частиною Правил страхування життя.
Ануїтет	Послідовність регулярних виплат, обумовлених у Договорі Страхування сум.
Період страхування	Період часу, зазначений в Страховому Полісі або в Додатку до

	Договору Страхування як період, на який укладається Договір Страхування.
Належна дата сплати Страхової Премії Попередня оплата	Дата, визначена в Договорі Страхування для сплати Страхових Премій.
	Сплата першої Страхової Премії після підписання Заяви про Страхування, яка вважатиметься Страховою Премією лише після того, як буде виписаний Страховий Поліс.
Дата набрання чинності	День (що розпочинається о 00 годин 00 хвилин за київським часом встановленої дати), коли набирає чинності страхування за Договором Страхування.
Компетентні органи	Органи державної влади, правоохоронні органи, банки, медичні заклади та інші підприємства, установи і організації, що володіють інформацією про передумови, факт, причини, обставини та наслідки страхових випадків та інших подій, що можуть бути визнані страховим випадком, або пов'язані з ним.
Заняття спортом на професійному рівні	Залучення з метою отримання прибутку до комерційного напрямку діяльності у спорті, пов'язаного з підготовкою та проведенням видовищних спортивних заходів на високому організаційному рівні. Особа набуває статусу професійного спортсмена з моменту набрання чинності контракту з відповідними суб'єктами сфери фізичної культури і спорту про участь у змаганнях серед спортсменів-професіоналів, що є основним джерелом його доходів.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Правил добровільного страхування життя Приватне акціонерне товариство «МетЛайф» (далі – «Страховик») укладає Договори добровільного страхування життя (далі – «Договори Страхування») з юридичними особами та фізичними особами (далі – «Страхувальники»).

1.2. Ці Правила добровільного страхування життя (далі – «Правила», «Правила страхування») розроблені згідно з Законом України «Про страхування», Цивільним кодексом України та іншим законодавством України, впроваджуються згідно з внутрішнім розпорядженням Страховика і регулюють відносини, що виникають при укладанні та виконанні Договору Страхування.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ

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

3.1.1. Дожиття Застрахованої Особи на строк;

3.1.2. Дожиття Застрахованої Особи до певного віку;

3.1.3. Смерть Застрахованої Особи;

3.1.4. Смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку;

3.1.5. Смерть Застрахованої Особи та її подружжя внаслідок одного Нещасного випадку;

3.1.6. Смерть/ Каліцтво/ Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку;

3.1.7. Постійна непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку;

3.1.8. Смерть або/та Постійна та Повна Непрацездатність Страхувальника (звільнення від сплати Страхових Премій);

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

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

3.1.11. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку або хвороби, який призвів до хірургічного втручання;

3.1.12. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку або хвороби, який призвів до госпіталізації;

3.1.13. Тимчасова непрацездатність в період одужання після госпіталізації, зазначеної в п. 3.1.12 Правил;

3.1.14. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, який призвів до хірургічного втручання;

3.1.15. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, який призвів до госпіталізації;

3.1.16. Тимчасова непрацездатність в період одужання після госпіталізації, зазначеної в п.3.1.15 Правил;

-
- 3.1.17. Діагностування критичного захворювання Застрахованої Особи;
 - 3.1.18. Постійна непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок хвороби або Нещасного випадку;
 - 3.1.19. Смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку на транспорті;
 - 3.1.20. Смерть/ Каліцтво/ Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку на транспорті;
 - 3.1.21. Постійна непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку на транспорті;
 - 3.1.22. Рак жіночого органу Застрахованої Особи;
 - 3.1.23. Розлад здоров'я Застрахованої Особи в зв'язку з раком жіночого органу, який призвів до госпіталізації;
 - 3.1.24. Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи;
 - 3.1.25. Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку;
 - 3.1.26. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку або хвороби, який призвів до транспортування Застрахованої Особи автомобілем «швидкої допомоги» до лікарні з метою госпіталізації, зазначеної в п. 3.1.12 Правил;
 - 3.1.27. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, який призвів до транспортування Застрахованої Особи автомобілем «швидкої допомоги» до лікарні з метою госпіталізації, зазначеної в п.3.1.15 Правил;
 - 3.1.28. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, спричинений переломом та/або опіком;
 - 3.1.29. Смерть Застрахованої Особи внаслідок важких ускладнень під час вагітності, пологів або така, що сталася протягом 90 (дев'яносто) днів після народження дитини в результаті ускладнень під час пологів;
 - 3.1.30. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок важких ускладнень під час вагітності, який призвів до госпіталізації;
 - 3.1.31. Діагностування критичного захворювання дитини.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Згідно з Договором Страхування, якщо іншого не було безпосередньо обумовлено його умовами, будь-яка подія не визнається Страховим Випадком, і Страхова Виплата не здійснюється, якщо така подія була прямо або опосередковано спричинена:

4.1.1. Війною. Поняття «війна» охоплює будь-яку оголошену чи неоголошену війну, будь-яку військову операцію чи вторгнення, ворожі акти іноземних військових сил, повстання, бунт, заколот, громадянську війну, операції з узурпації влади, військовий стан або період облоги, або будь-які інші події чи підстави для оголошення військового стану чи війни; або

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

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

4.1.4. Скоєнням чи спробою скоєння злочину Застрахованою Особою; або

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

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

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

4.1.8. Самолікування або лікування особою, яка не має відповідної медичної освіти або права на здійснення медичної діяльності; або

4.1.9. Іншими подіями чи обставинами, які визначені як виключення за згодою Сторін, в тому числі, перебуванням Застрахованої Особи у місцях позбавлення волі.

4.2. Якщо це передбачено Договором Страхування, у випадку смерті Застрахованої Особи внаслідок причин, описаних в пунктах 4.1.1 – 4.1.9 Правил, можуть бути виплачені такі суми (за вирахуванням сум, що підлягають сплаті Страховику):

- Сума, що дорівнює Викупній Сумі, розрахованій на дату смерті Застрахованої Особи;
- Сума розрахованого Негарантованого бонусу;
- Сума Спеціального Фонду Індиксації, як передбачено в Додатку 1 – 16 до цих Правил.

Зазначена виплата може бути здійснена Вигодонабувачу або правонаступнику (спадкоємцю) Застрахованої Особи (якщо Вигодонабувачі не визначені в Договорі Страхування), або правонаступнику (спадкоємцю) Вигодонабувача, якщо Вигодонабувач не є живим на день здійснення такої виплати.

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

За необхідності Вигодонабувач буде зобов'язаний підтвердити, що Страховий Випадок не був спричинений жодною із обставин, зазначених як Виключення із Страхових Випадків. Ця умова є обов'язковою для виконання Страховиком свого зобов'язання.

4.4. Самогубство або спроба самогубства Застрахованої Особи:

4.4.1. Якщо Застрахована Особа вчиняє самогубство або помирає внаслідок замаху на самогубство (незалежно від стану її психічного здоров'я) протягом перших двох років після набрання чинності Договором Страхування, Страховик зобов'язаний здійснити виплату у розмірі Страхових Премій, сплачених впродовж всього строку дії Договору Страхування, за вирахуванням будь-яких сум витрат на ведення справи та/або сум, що підлягають сплаті Страхувальником Страховику відповідно до законодавства України або умов Договору Страхування. В разі, якщо Застрахована Особа та Страхувальник різні особи, така виплата підлягає здійсненню Страхувальнику чи спадкоємцям Страхувальника, якщо Страхувальник не буде живим на дату здійснення Страхової

Виплати, з урахуванням норм законодавства, чинних на момент здійснення виплати. В інших випадках Страхова Виплата здійснюється згідно п. 16.9. Правил страхування;

4.4.2. Якщо Застрахована Особа вчиняє самогубство або помирає внаслідок замаху на самогубство (незалежно від стану її психічного здоров'я) після закінчення перших двох років після набрання чинності Договором Страхування або відновлення надання страхових послуг за Договором Страхування згідно з умовами статті 6. Правил, Страховик зобов'язаний здійснити Страхову Виплату, передбачену Договором Страхування, за вирахуванням сум, належних до сплати Страхувальником;

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

4.5. Не визнаються Страховими Випадками та Страхові Виплати Страховиком не здійснюються щодо подій, що мали місце до початку або після закінчення дії відповідної програми страхування, а також протягом Дворічного періоду, визначеного в пункті 6.2 Правил.

5. СТРАХОВА ПРЕМІЯ, СТРАХОВИЙ ТАРИФ

5.1. Розмір Страхової Премії визначається згідно зі страховими тарифами, які наведено у Додатку 2 до цих Правил.

5.2. Страхові тарифи обчислюються Страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання Страхових Випадків та таблиці смертності, долученої до цих Правил в Додатках 3 і 4, з урахуванням надбавок Страховика та величини інвестиційного доходу, зазначених у Договорі Страхування. Страховик має право переглянути розмір Страхової Премії за Програмами страхування додаткових ризиків, як зазначено у відповідних положеннях таких Програм.

5.3. Страхова Премія сплачується щорічно протягом строку дії Договору Страхування, якщо інше не визначено у Договорі Страхування. Страхова Премія може також бути сплачена одноразово за весь період дії Договору Страхування. У такому випадку вживається термін «Одноразова Страхова Премія».

5.4. Жодна попередня оплата, здійснена на день підписання Заяви на укладання Договору Страхування (надалі - «Заяви») або до випуску Страхового Поліса, не вважається Страховою Премією, доки Страховий Поліс не буде випущено.

5.5. Будь-яка наступна річна Страхова Премія належить до сплати в день кожної річниці набрання чинності Договором Страхування (належна дата сплати Страхової Премії). Також, якщо це зазначено в Договорі Страхування, Страхова Премія може сплачуватись рівними попередньо узгодженими частинами частіше, ніж один раз на рік згідно з погодженим графіком. В такому випадку Страхова Премія буде збільшена Страховиком на додаткове навантаження, як зазначено у Заяві.

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

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

5.8. Грошові зобов'язання Сторін за Договорами Страхування за їх згодою можуть бути визначені як у національній валюті України, так і у вільноконвертованій валюті або розрахункових величинах, що визначають фактичний розмір зобов'язань Страховика на дату виникнення або виконання цих зобов'язань, якщо це не суперечить чинному законодавству України. Страхові Премії, Викупні Суми та Страхові Виплати за такими Договорами Страхування здійснюються тією валютою, яка передбачена Договором Страхування, якщо інше не визначено законодавством України.

6. УМОВИ ПРИЗУПИНЕННЯ СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ

6.1. Страхувальнику надається пільговий період у 30 (тридцять) календарних днів (надалі – «**Пільговий Період**») від належної дати сплати Страхової Премії. Під час розгляду та врегулювання заяви на здійснення Страхової Виплати Застрахованої Особи, Вигодонабувача або іншої особи, яка має право на одержання Страхової Виплати, щодо Страхових Випадків, що сталися протягом Пільгового Періоду, всі несплачені вчасно Страхові Премії за Договором Страхування може бути вираховано зі Страхової Виплати.

6.2. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, та не можуть бути застосовані умови пункту 6.5 Правил щодо автоматичного надання кредиту, та Договір Страхування не має Викупної Суми, достатньої для набуття договором статусу Сплаченого Договору Страхування, а також не мало місце дострокове припинення дії Договору Страхування, не було виплачено Викупну Суму, то Страхувальнику додатково надається пільговий період на строк 2 (двох) років з дати, наступної за датою закінчення Пільгового Періоду (надалі – «**Дворічний період**»). Протягом Дворічного періоду Страховик надає страхові послуги за Договором Страхування у обмеженому обсязі, а саме: Страхова Сума за кожним зі Страхових Випадків, що передбачені Договором Страхування, дорівнює 1 (одній) гривні. Дворічний період встановлюється з метою надання Страхувальнику можливості поновлення надання страхових послуг у повному обсязі (тобто поновлення попередніх розмірів Страхових Сум) на особливих умовах, наведених нижче у підпунктах 1), 2), 3) та 4) цього пункту. Протягом Дворічного періоду Страхувальник звільняється від зобов'язання сплачувати Страхові Премії, це стає лише його правом. Для поновлення надання страхових послуг за Договором Страхування у повному обсязі необхідне виконання протягом Дворічного періоду всіх наведених нижче умов або іншої процедури, передбаченої Страховиком:

- 1) Подання Страхувальником письмової заяви на поновлення попередніх розмірів страхових сум;
- 2) Задоволення вимог Страховика щодо можливості страхування;
- 3) Сплата всіх несплачених за Пільговий період та період надання страхових послуг у обмеженому обсязі регулярних Страхових Премій та пені, нарахованої на суму таких Страхових Премій, за ставкою у межах 10 (десять) відсотків річних за період, визначений Страховиком на дату поновлення попередніх розмірів страхових сум за Договором Страхування. Разом з поновленням надання страхових послуг виникає зобов'язання Страхувальника щодо сплати Страхових Премій;
- 4) Погашення будь-якого кредиту разом із відсотками за користування ним, як передбачено в пунктах 6.5 та 20.4 цих Правил.

6.3. Якщо протягом Дворічного періоду не відбулось поновлення надання страхових послуг у повному обсязі, Договір Страхування припиняє дію. Сплата Страхувальником будь-яких сум

грошових коштів Страховику після припинення дії Договору Страхування або протягом Дворічного періоду в разі невиконання будь-якої з умов підпунктів 1), 2), 3), 4) пункту 6.2 не призводить до виникнення у Страховика будь-якої відповідальності, за винятком відповідальності з їх повернення.

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

- 1) 00 годин 00 хвилин за київським часом дня поновлення надання страхових послуг відповідно до повідомлення Страховика;
- 2) 23 годині 59 хвилин за київським часом останнього дня другого року з дати, наступної за датою закінчення Пільгового Періоду.

6.5. Автоматичне надання кредиту для сплати Страхових Премій.

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

- а) Договір Страхування діє, страхові послуги надаються та існує сформована Викупна Сума; і
- б) сума кредиту разом із будь-якими іншими платежами, належними до сплати Страховику, не перевищує Викупної Суми згідно з умовами Договору Страхування.

Кредит для сплати будь-якої суми несплачених річних Страхових Премій надається в межах Викупної Суми, яка розраховується на підставі кількості повних років страхування, починаючи з дати набрання чинності Договором Страхування за вирахуванням податків, передбачених чинним законодавством України;

6.5.2. Будь-який автоматичний кредит для сплати Страхових Премій регулюється пунктом 20.4 «Кредит. Умови надання кредиту. Передача прав за Договором Страхування на користь Страховика як забезпечення виконання зобов'язань за кредитним договором»;

6.5.3. Якщо сума, необхідна для повного проведення розрахунків зі сплати Страхових Премій, разом із всіма іншими належними до сплати сумами, перевищує Викупну Суму, Договір Страхування зберігає чинність протягом періоду, який розраховується як відношення Викупної Суми на відповідну дату до суми Страхових Премій, термін сплати яких настав. Розрахунки зі сплати Страхових Премій грошовими коштами може бути знову розпочато протягом періоду дії Договору Страхування відповідно до положень про автоматичне надання кредиту для сплати Страхових Премій.

6.6. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування:

6.6.1. Якщо Договір Страхування має сформовану Викупну Суму і Страхувальник не виявив бажання припинити дію Договору Страхування, а також не застосовується положення про автоматичне надання кредиту для сплати Страхових Премій, то Договір Страхування набуде статусу Сплаченого Договору Страхування без подальшої сплати Страхових Премій та буде залишатись чинним, але за умови відповідного зменшення розміру Страхової Суми. Зменшена Страхова Сума розраховується відповідно до розміру Викупної Суми на момент припинення сплати Страхової Премії після вирахування будь-яких сум, належних до сплати Страхувальником. Зазначена Викупна Сума вважатиметься Одноразовою Страховою Премією для програм страхування, аналогічних Програмі страхування основних ризиків згідно з таким Договором Страхування;

6.6.2. Під час розрахунку зменшеної Страхової Суми віком Застрахованої Особи вважатиметься її вік за останнім днем народження на момент припинення сплати Страхової Премії. Зменшена Страхова Сума виплачується Страховиком відповідно до умов виплати Страхових Сум;

6.6.3. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування є остаточним і спричиняє припинення дії всіх Програм страхування додаткових ризиків, якщо інше не передбачено в Програмі страхування додаткових ризиків, а також Страхувальник втрачає право на проведення індексації відповідно до Додатків 1-16 та 1-17 до Правил;

6.6.4. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування не дозволяється у випадку, якщо зменшена Страхова Сума буде меншою мінімальної Страхової Суми, встановленої Страховиком на той час.

7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВОЇ СУМИ

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

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

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

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

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

7.6. Договір Страхування може передбачати індексацію в порядку, встановленому у Додатках 1-16 та 1-17 до цих Правил.

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Строк дії Договору Страхування визначається сторонами у Договорі Страхування або у Страховому Полісі, або у відповідному Додатку до Договору Страхування.

8.2. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Страхові послуги надаються Страховиком (програми починають діяти) тільки у випадку виконання всіх наведених нижче умов:

8.2.1. підписання Заяви всіма сторонами та наявності всіх чинних документів, необхідних для укладення Договору Страхування;

8.2.2. відповідність Застрахованої Особи вимогам Страховика щодо можливості страхування;

8.2.3. проходження Застрахованою Особою медичного огляду на вимогу Страховика;

8.2.4. попередня оплата на розрахунковий рахунок Страховика в повному обсязі суми, зазначеної в Заяві, та її одержання Страховиком.

8.3. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Договір Страхування набирає чинності та фактичне надання страхових послуг Страховиком починається (програми починають діяти) у разі виконання умов п. 8.2 цих Правил та за умови, що стан здоров'я Застрахованої Особи не змінився з моменту підписання письмової Заяви на укладання такого Договору Страхування, з дати настання події, що відбулася пізніше:

8.3.1. підписання Заяви останньою зі сторін;

або

8.3.2. проходження медичного огляду згідно з вимогами Страховика.

8.4. Строк дії Договору Страхування припиняється о 23 годині 59 хвилин за київським часом дня, визначеного в Страховому Полісі (Додатку, Договорі страхування) як дата закінчення його дії.

8.5. Договір Страхування діє на території будь-якої країни світу, якщо інше не передбачено Договором Страхування, та окрім країн, до яких застосовуються санкції згідно з даними офіційного сайту Державного Казначейства США.

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Договір Страхування життя може бути укладено як шляхом складання одного документа (договору страхування), підписаного сторонами, так і шляхом обміну листами, документами, підписаними стороною, яка їх надсилає. У разі надання Страхувальником письмової заяви за формою, встановленою Страховиком, що виражає намір укласти Договір Страхування, такий Договір може бути укладений шляхом випуску Страхувальнику Страхового Поліса, а саме:

1) Заявлений Страхувальник (далі - «Заявник») ознайомлюється з Правилами страхування та надає письмову заяву у двох примірниках за формою, встановленою Страховиком, що висловлює намір укласти Договір Страхування;

В момент подання Заяви Заявник зобов'язаний надати Страховику інформацію щодо всіх обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, визначення вірогідності настання Страхового Випадку та розміру потенційних Страхових Виплат.

Якщо після укладення Договору Страхування, але до настання Страхового Випадку з'ясується, що Страхувальник надав Страховику завідомо неправдиву інформацію щодо таких обставин, Страховик має право достроково припинити дію Договору Страхування з дня, коли така інформація стала відомою Страховику. У такому випадку Страховик не матиме жодних зобов'язань перед Страхувальником за винятком зобов'язання повернення Страхових Премій, сплачених за Договором Страхування, за вирахуванням будь-яких сум, належних до сплати Страховику.

Якщо після настання Страхового Випадку з'ясується, що Страхувальник надав Страховику завідомо неправдиву інформацію щодо таких обставин, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати та достроково припинити дію Договору Страхування;

2) Страхувальник сплачує грошові кошти у розмірі першої регулярної або одноразової Страхової Премії у повному обсязі, та ці кошти надходять на розрахунковий рахунок Страховика;

3) Страховик випускає Страховий Поліс після того, як він отримає і затвердить Заяву на укладання Договору Страхування, заповнену і підписану заявленою Застрахованою Особою та Страхувальником, якщо це різні особи, разом із документами, які можуть вимагатися

Страховиком для з'ясування можливості страхування, і, зокрема, стану здоров'я заявленої Застрахованої Особи. Страховий Поліс випускається Страхувальнику, що є підтвердженням факту відповідності Застрахованої Особи вимогам Страховика щодо можливості страхування;

4) Договір Страхування вважається укладеним з дати, визначеної в пункті 8.3 Правил, що підтверджується випуском Страхового Поліса.

Договір Страхування може також укладатися в іншому порядку та у іншій формі, ніж визначено вище, в тому числі, електронній, за умов дотримання вимог законодавства України, чинних на момент укладення відповідного Договору Страхування.

9.2. Страховик залишає за собою право відмовити Страхувальнику в укладенні Договору Страхування у випадку наявності у заявленої Застрахованої Особи певних захворювань/станів, включаючи, але не обмежуючись такими:

- СНІД або позитивний результат на наявність антитіл до ВІЛ;
- алкогольна або наркотична залежність (на момент укладання Договору Страхування або до 2-х років абстиненції);
- злоякісні пухлини (оперовані) (IV ст. з метастазами);
- ДЦП важкого ступеня (з порушенням розумової діяльності);
- хронічна ниркова недостатність (необхідність гемодіалізу на момент укладення Договору Страхування);
- розсіяний склероз (важкого ступеня і такий, що прогресує);
- важкі хронічні (генетичні) захворювання крові, анемії;
- хорея (вроджена);
- важка форма епілепсії з ознаками порушення розумової діяльності;
- важкі генетичні хромосомні захворювання (синдром Дауна);
- хвороба Паркінсона;
- хвороба Альцгеймера;
- інші хронічні психічні розлади;
- бічний аміотрофічний склероз.

9.3. Невід'ємними частинами Договору Страхування є такі документи, які оформлюються в письмовій формі, в тому числі надіслані електронною поштою або розміщені на офіційній інтернет-сторінці Страховика, за погодженням із Страхувальником:

- 1) Заява про страхування;
 - 2) Правила добровільного страхування життя, що включають опис відповідних Програм страхування;
 - 3) Страховий Поліс та Додатки до Страхового Поліса;
 - 4) Офіційні листи Страховика, які надсилаються Страхувальнику разом із Страховим Полісом або Додатками, де можуть бути викладені пояснення/уточнення/зміни щодо умов Договору Страхування та причини і наслідки;
 - 5) Додаткові угоди та/або Додатки до чинного Договору Страхування у випадку змін та доповнень до Правил Страхування та/або умов Програм та Договору Страхування;
 - 6) Медичні довідки та інші медичні документи щодо стану здоров'я Застрахованої Особи та Страхувальника;
 - 7) Інші документи щодо Застрахованої Особи та Страхувальника, надані на вимогу Страховика або складені/подані протягом дії Договору Страхування.
-

9.3.1. Факт погодження засвідчується оригінальним підписом Застрахованої Особи/Страховальника в Заяві про страхування.

9.4. Договір Страхування щодо третіх осіб укладається за згодою цих третіх осіб (у випадку страхування неповнолітніх – за згодою їх батьків або опікунів, піклувальників).

9.5. У випадку страхування групи осіб до Договору Страхування додається список Застрахованих Осіб, який є невід'ємною частиною Договору.

9.6. У разі, якщо Страховальником за Договором Страхування є юридична-особа, то для укладення Договору Страхування Страховальник має надати такі документи:

- 1) Заяву про страхування на кожен заявлену Застраховану Особу, підписану заявленою Застрахованою Особою (співробітником юридичної особи-Страховальника) та Страховальником (уповноваженою особою Страховальника);
- 2) Копію паспорта та довідки про присвоєння ідентифікаційного номера заявленої Застрахованої Особи;
- 3) Офіційні документи (або засвідчені у встановленому порядку їх копії), чинні (дійсні) на момент їх надання, які містять усі наведені нижче дані:
 - повне найменування;
 - місцезнаходження;
 - дату та номер запису в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб та фізичних осіб - підприємців про проведення державної реєстрації;
 - відомості про виконавчий орган;
 - ідентифікаційні дані осіб, які мають право розпоряджатися рахунками та/або майном;
 - дані, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників (контролерів);
 - ідентифікаційний код згідно з Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України;
 - реквізити банку, в якому відкрито рахунок, і номер поточного рахунка;
 - інші дані, що вимагаються законодавством.

9.7. У випадку втрати або невіправного пошкодження Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування Страховальником, Страховальник має право звернутися до Страховика за документальним підтвердженням факту страхування (яким може бути засвідчена копія Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування). Страховик має право встановлювати плату за вчинення відповідних дій.

9.8. У випадку непогодження Застрахованої Особи/Страховальника з умовами, зазначеними у Страховому Полісі, Страховальник має право:

9.8.1. внести зміни до умов Договору Страхування протягом 90 (дев'яноста) календарних днів з дати випуску Страхового Полісу;

9.8.2. відмовитись від укладання Договору Страхування протягом 50 (п'ятидесяти) календарних днів з дати випуску Страхового Полісу шляхом подання Страховику наступних документів:

1) оригіналу Полісу Страхування з викладеними умовами якого виникла незгода Застрахованої Особи/Страховальника;

2) письмової заяви із зазначенням причини відмови від Договору Страхування.

9.8.3. У разі відмови від укладання Договору Страхування протягом 50 (п'ятидесяти) календарних днів з дати випуску Страхового Полісу, Страховик повертає Страховальнику протягом 30

(тридцяти) календарних днів з дати отримання останнього із всіх необхідних документів, зазначених в п.п. 9.8.2.:

- суму сплаченої Страхової Премії у повному розмірі у разі, якщо відмова Страхувальника від Договору Страхування спричинена змінами в умовах Договору Страхування, пов'язаних з оцінкою ризиків; або

- суму сплаченої Страхової Премії за вирахуванням витрат, пов'язаних з укладанням Договору Страхування, оцінкою ризиків за таким Договором Страхуванням та покриттям ризиків протягом періоду між датою укладання Договору Страхування та датою його припинення, у разі, якщо відмова Страхувальника від Договору Страхування письмово обґрунтована причинами, що не пов'язані зі змінами в умовах Договору Страхування внаслідок оцінки ризиків.

9.8.4. Після виплати Страхувальнику суми сплаченої Страхової Премії у повному розмірі, Страховик звільняється від виконання будь-яких інших зобов'язань за Договором Страхування, що виникли з початку його дії.

10. ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

10.1. Обов'язки Страховика:

- 1) Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;
- 2) Протягом 2 (двох) робочих днів після отримання письмового підтвердження настання Страхового Випадку вжити заходів для своєчасного здійснення Страхової Виплати Застрахованій Особі або Вигодонабувачу;
- 3) У разі настання Страхового Випадку здійснити Страхову Виплату у передбачений Договором Страхування строк, що зазначений у п. 16.6. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення Страхових Виплат шляхом сплати Застрахованій Особі або Вигодонабувачу Страхових Виплат з урахуванням положень статті 625 Цивільного кодексу України та пені у розмірі однієї облікової ставки Національного банку України, що діяла у період, за який сплачується пеня, якщо іншого розміру не встановлено законодавством;
- 4) Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законодавством України.

10.2. Права Страховика:

- 1) Робити запити до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що можуть володіти інформацією щодо причин та обставин Страхового Випадку, а також самостійно з'ясувати причини та обставини Страхового Випадку; з метою розслідування обставин Страхового Випадку вимагати проведення медичного обстеження Застрахованої Особи за допомогою кваліфікованого лікаря, призначеного Страховиком, а також залучати треті особи до такого розслідування;
- 2) Під час укладення Договору Страхування вимагати результати медичного огляду Застрахованої Особи та інші документи чи відомості, необхідні для оцінки страхового ризику;
- 3) Відстрочити ухвалення рішення щодо визнання випадку Страховим, якщо щодо заявленого випадку відкрито кримінальне провадження, до закінчення дізнання та досудового слідства постановою про закриття справи або ухвалення вироку судом; а також, якщо у Страховика є підстави для проведення самостійного розслідування Страхового Випадку, до закінчення такого розслідування Страховиком, але на строк не більший 6 (шести) місяців;
- 4) Під час укладення Договору Страхування Страховик має право переглянути та внести зміни до умов Договору страхування щодо зміни розміру Страхових Сум за програмами страхування,

Страхових Тарифів, Страхового Ризику та розміру Страхової Премії, що відповідає таким змінам, або не надати страхове покриття за окремими програмами страхування;

- 5) Відмовити Страхувальнику в укладенні Договору Страхування, зокрема, у разі невідповідності Застрахованої Особи вимогам Страховика щодо можливості страхування, у тому числі, через професійну діяльність заявленої Застрахованої Особи, стан її здоров'я, перебування у місцях позбавлення волі тощо;
- 6) В цілях забезпечення виконання взятих зобов'язань залучати третіх осіб на будь-якому етапі укладання або супроводження Договорів страхування з урахування вимог законодавства України.

10.3. **Обов'язки Страхувальника:**

- 1) Під час укладення Договору Страхування надати правдиву та повну інформацію Страховику щодо всіх відомих йому обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Порушення зобов'язання надавати правдиву та повну інформацію може призвести до припинення дії Договору Страхування або окремих Програм Страхування, або відмови у виплаті будь-якої Страхової Суми, або зменшення Страхової Суми, на розсуд Страховика, окрім випадків, якщо Договір Страхування діяв та страхові послуги надавались протягом 3 (трьох) років поспіль з дати введення в дію Договору Страхування;
- 2) Під час укладення Договору Страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета договору;
- 3) Після отримання Страхового Поліса (додатка, додаткового угоди тощо) перевірити викладені умови. У випадку незгоди із викладеними умовами у Страховому Полісі звернутися до Страховика: у строк 50 (п'ятдесят) календарних днів – для відмови або у строк 90 (дев'яносто) календарних днів – щодо корегування умов;
- 4) Дотримуватися умов Договору Страхування;
- 5) Своєчасно та в повному обсязі вносити Страхові Премії згідно з Договором Страхування;
- 6) Письмово інформувати Страховика про зміни місця проживання, місця роботи, фактичного роду занять, діяльності, пов'язаної з роботою або регулярним відпочинком (заняття фізичною культурою і спортом, включаючи діяльність у професійному спорті, самодіяльний масовий спорт, хобі, тощо) та реквізитів банківського рахунку Застрахованої Особи та Страхувальника протягом 30 (тридцяти) календарних днів після таких змін;
- 7) Письмово повідомити Страховика про настання Страхового Випадку, протягом 10 (десяти) календарних днів з дня його настання і надавати Страховику в строк, встановлений в Договорі Страхування, всю необхідну інформацію та документи, докази, необхідні Страховику для перевірки законності заяви про здійснення Страхової Виплати, встановлення факту, причин та обставин настання Страхового Випадку та визначення розміру належної Страхової Виплати. Страховик має право відмовити у здійсненні Страхових Виплат у випадку ненадання Страхувальником, Застрахованою Особою або Вигодонабувачем документів, доказів та інформації, необхідних для визначення характеру Страхового Випадку, в строки, встановлені в Договорі Страхування, або подання неправдивих відомостей. Всі документи, що подаються Страховику повинні бути оформлені належним чином;
- 8) Інші обов'язки Страхувальника, передбачені Договором Страхування.

10.4. **Права Страхувальника:**

За згодою Застрахованої Особи призначати Вигодонабувачів для отримання Страхових Виплат у разі смерті Застрахованої Особи, а також змінювати їх до настання Страхового Випадку, якщо інше не передбачено Договором Страхування. Зміна Вигодонабувача відбувається після отримання

Страховиком письмової заяви Страхувальника та затвердження Страховиком внесення такої зміни до Договору Страхування, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

10.5. Відповідальність Сторін:

За невиконання своїх обов'язків за Договором Страхування сторони несуть відповідальність згідно з умовами Договору Страхування, Правилами, законодавством України.

10.6. Права Застрахованої Особи:

- 1) Отримати Страхувану Виплату згідно з умовами Договору Страхування, Правил, відповідних Програм;
- 2) Оскаржити розмір здійсненої Страховиком Страхової Виплати або відмову у Страховій Виплаті в порядку, передбаченому чинним законодавством України;
- 3) Одержати будь-які роз'яснення щодо умов укладеного Договору Страхування.

10.7. Обов'язки Застрахованої Особи:

- 1) У разі настання випадку, що має ознаки страхового, звернутися за медико-санітарною допомогою до медичного закладу (лікарні, травмпункту) та/або інших компетентних органів (відповідно до характеру події: до Національної поліції, до служби швидкої медичної допомоги, органів пожежної охорони, аварійної служби газу тощо) та вжити всіх розумних (раціональних) заходів задля уникнення та/або мінімізації втрат або шкоди;
- 2) Під час укладення Договору Страхування надати правдиву та повну інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Порушення зобов'язання надавати правдиву та повну інформацію може призвести до дострокового припинення Договору Страхування або відмови у виплаті будь-якої Страхової Виплати, або зменшення суми Страхової Виплати, на розсуд Страховика;
- 3) Письмово інформувати Страховика про зміни свого місця проживання/місця перебування, місця роботи, фактичного роду занять, діяльності, пов'язаної з роботою або регулярним відпочинком (заняття фізичною культурою і спортом, включаючи діяльність у професійному спорті, самодіяльний масовий спорт, хобі, тощо) та реквізитів банківського рахунку Застрахованої Особи та Страхувальника протягом 30 (тридцяти) календарних днів після таких змін;
- 4) Письмово повідомити Страховика про настання Страхового Випадку, протягом 10 (десяти) календарних днів з дня його настання і надавати Страховику в строк, встановлений в Договорі Страхування, всю необхідну інформацію та документи, докази, необхідні Страховику для перевірки законності заяви про здійснення Страхової Виплати, встановлення факту, причин та обставин настання Страхового Випадку та визначення розміру належної Страхової Виплати. Страховик має право відмовити у здійсненні Страхових Виплат у випадку ненадання Страхувальником, Застрахованою Особою або Вигодонабувачем документів та інформації, необхідних для визначення характеру Страхового Випадку, в строки, встановлені в Договорі Страхування, або подання неправдивих відомостей. Всі документи, що подаються Страховику для отримання Страхової Виплати повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та посвідчені належним чином.

11. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

11.1. Будь-яке внесення змін до Договору Страхування здійснюється за взаємною згодою Сторін.

11.2. Зміни до умов Договору Страхування здійснюються на письмову вимогу будь-якої із Сторін протягом 30 (тридцяти) календарних днів за заявою Страхувальника за згодою Застрахованої Особи та погодження зі Страховиком, а також сплати Страхувальником всіх витрат, пов'язаних із такими змінами, якщо Сторони не узгодять інший порядок.

11.3. Внесення змін до умов Договору Страхування оформлюється відповідним Додатком/Додатками, який/які є невід'ємною частиною Договору Страхування. Додаток є підтвердженням внесення змін до умов Договору Страхування, які становлять частину Договору страхування.

12. ПОРЯДОК ЗМІНИ СТРАХУВАЛЬНИКА АБО СТРАХОВИКА

12.1. Права і обов'язки Страхувальника можуть перейти до іншої фізичної особи чи юридичної особи лише за згодою Страховика, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

12.2. У разі смерті Страхувальника-фізичної особи, який уклав Договір Страхування на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів Застрахованих Осіб.

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

12.4. Страховик за укладеним Договором страхування може бути змінений у порядку, встановленому законодавством України.

13. НАСЛІДКИ ВТРАТИ СТРАХУВАЛЬНИКОМ ПРАВ ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ

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

14. ДОСТРОКОВЕ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ЗА ЯКИМИ СФОРМОВАНА ВИКУПНА СУМА

14.1. Договір Страхування, вважається достроково припиненим, якщо умовою припинення такого Договору Страхування є:

14.1.1. вимога Страхувальника шляхом подання відповідної письмової заяви, направлена не пізніше ніж за 30 (тридцяти) календарних днів до запланованої дати припинення;

14.1.2. порушення Страхувальником зобов'язання, покладеного на нього Договором Страхування, щодо сплати чергової Страхової Премії у розмірі та у строки, передбачені Договором Страхування;

14.1.3. за взаємною згодою Сторін в інших випадках, що передбачені Правилами страхування.

14.2. У разі дострокового припинення дії Договору Страхування Страховик виплачує Страхувальнику Викупну Суму. Викупна сума - це сума, яка виплачується Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору Страхування Життя та розраховується математично на день

припинення Договору Страхування життя залежно від періоду, протягом якого діяв Договір Страхування Життя. Відповідні до умов розрахунки наведені у таблиці, що є Додатком до Страхового Поліса.

14.3. Рішення про здійснення виплати Викупної Суми ухвалюється Страховиком протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання останнього з необхідних документів, а саме:

- 1) копії довідки про присвоєння ідентифікаційного номера та документа, який посвідчує особу одержувача;
- 2) письмової заяви, у разі, якщо Договір Страхування достроково припиняється через умову, зазначену в п. 14.1.1. цих Правил.

14.4. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення виплати Викупної Суми шляхом сплати Страхувальнику Викупної Суми з урахуванням положень статті 625 Цивільного кодексу України та пені у розмірі однієї облікової ставки Національного банку України, що діяла у період, за який сплачується пеня, якщо іншого розміру не встановлено законодавством. При цьому, якщо Договір Страхування припиняється через умову, зазначену в п. 14.1.2. цих Правил, Страховик має право відкласти виплату Викупної Суми, а також будь-якого нарахованого Негарантованого бонусу, за погодженням Страхувальника на строк, який не перевищує 6 (шість) місяців з дати встановлення Страховиком факту порушення Страхувальником своїх зобов'язань, передбачених Договором Страхування.

15. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

15.1. Повідомлення про настання випадку, що має ознаки страхового, може здійснюватися Страхувальником, Застрахованою Особою, Вигодонабувачем, їх представниками або іншими особами, яким відомо про його настання.

15.2. Особа, що має право на отримання Страхової Виплати відповідно до умов Договору Страхування, подає Страховику такі документи, на підставі яких Страховик ухвалює рішення щодо здійснення Страхової Виплати:

- 1) письмову заяву Страхувальника, Застрахованої Особи, Вигодонабувача або інших осіб, які мають право на отримання Страхових Виплат згідно з Договором Страхування;
- 2) у випадку смерті Застрахованої Особи або Страхувальника - оригінали або нотаріально посвідчені копії свідоцтва про смерть або рішення суду про оголошення особи померлою, що набрало законної сили, довідки компетентних органів про причину смерті та/або лікарського свідоцтва про смерть; оригінали або нотаріально засвідчені копії свідоцтв про народження Застрахованої Особи / Страхувальника / Вигодонабувачів, нотаріально засвідчену копію документа, що посвідчує ступінь споріднення Вигодонабувача(-ів) із Застрахованою Особою/ Страхувальником (свідоцтво про шлюб тощо);
- 3) у разі Нещасного випадку – оригінали або копії, засвідчені нотаріально або закладом, який видав документ, акта про нещасний випадок не виробничого/виробничого характеру або документа від компетентних органів, який підтверджує факт настання Нещасного випадку, довідки медико-соціальної експертної комісії про встановлення/зміну групи інвалідності; довідки компетентних органів про причину встановлення інвалідності; матеріалів компетентних органів щодо розслідування причин смерті тощо;
- 4) у разі хвороби – оригінал або копію, засвідчену медичним закладом, який видав документ, медичної довідки про амбулаторне чи стаціонарне лікування Застрахованої Особи із

- зазначенням терміну лікування / дат госпіталізації, діагнозу на дату настання події та загальними висновками лікаря, оригінали або копії, засвідчені нотаріально або закладом, який видав документ, довідки медико-соціальної експертної комісії про встановлення/зміну групи інвалідності, листків непрацездатності за період тривання тимчасової непрацездатності, а також інші медичні документи, що стосуються події (рентгенівські знімки, висновки обстежень) тощо;
- 5) копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номера та документа, який посвідчує особу одержувача;
 - 6) інші документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання Страхового Випадку та його наслідки, враховуючи особливості конкретного Страхового Випадку, а також документи, що підтверджують право особи, іншої ніж Вигодонабувач, на отримання Страхової Виплати (свідоцтво про спадщину тощо), на запит Страховика.

15.3. Підприємства, установи та організації зобов'язані у межах своєї компетенції надсилати відповідь Страховику на його запит про відомості, пов'язані із Страховим Випадком, у тому числі й дані, що є конфіденційною інформацією, як передбачено чинним законодавством України. При цьому Страховик несе відповідальність за їх розголошення в будь-якій формі, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

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

16.1. Будь-яка виплата за Договором Страхування, в тому числі Страхова Виплата, Викупна Сума та інші платежі, що підлягають виплаті Страховиком, може бути виплачена однією грошовою сумою, якщо інше не передбачено Договором Страхування. Страхова Виплата на випадок дожиття Застрахованої Особи до закінчення дії Договору Страхування за письмовою заявою особи, яка має право на отримання Страхової Виплати, також може здійснюватися у такі способи:

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

що оформлюється згідно з законодавством України та Положенням про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25 до Правил) та за умови, що вік Одержувача на момент Початку дії Положення є не меншим за мінімальний вік, встановлений Страховиком для застосування такого Положення до Договору Страхування.

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

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

16.3. Застрахованій Особі, Страхувальнику, Вигодонабувачу або особі, яка має право на отримання Страхової Виплати, також надається право на отримання Негарантованого бонусу відповідно до пункту 20.1 Правил, а у разі застосування способів Страхових Виплат, передбачених підпунктами 1)-5) п. 16.1 Правил, - згідно з відповідними положеннями Додатку 1-25 до Правил.

16.4. Якщо розрахована сума щомісячних виплат згідно з підпунктами 1)-5) пункту 16.1 Правил є меншою за мінімум, визначений Страховиком на момент проведення розрахунку, то здійснення виплати у заявлений спосіб не дозволяється.

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

16.6. У разі здійснення Страхової Виплати однією грошовою сумою Страховик здійснює Страхові Виплати після завершення перевірки всіх документів, яка розпочинається з дня отримання Страховиком останнього з документів, що вимагалися. Якщо таку перевірку не завершено протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання Страховиком всіх необхідних документів, Страховик повідомляє у письмовій формі причини затримки, але цей термін затримки не повинен перевищувати 6 (шість) місяців. Якщо перевірка завершена, рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхових виплат ухвалюється Страховиком протягом 30 календарних днів з дня отримання останнього з усіх необхідних документів, що підтверджують факт, обставини та наслідки настання Страхового Випадку. Рішення про здійснення Страхової Виплати ухвалюється у вигляді складання страхового акту. Страховик здійснює Страхову Виплату протягом 10 (десяти) робочих днів з дня ухвалення відповідного рішення за умови, що всі документи, необхідні для здійснення Страхової Виплати, надані Страховику.

16.7. Якщо вік та/або стать Застрахованої Особи, зазначені у відомостях, наданих Страховику для укладання Договору Страхування, є такими, що не відповідають дійсності, то Страхова Сума згідно з Договором Страхування може коригуватись пропорційно до різниці між сплаченою Страховою Премією та Страховою Премією, що відповідає дійсному віку та статі Застрахованої Особи на момент початку дії Договору Страхування. Якщо дійсний вік Застрахованої Особи виходить за вікові межі, передбачені відповідними тарифами Страховика, Страховик має право припинити Договір Страхування.

16.8. У випадку недотримання Страхувальником умов підпункту б) пункту 10.3 цих Правил страхування будь-яка Страхова Сума за Договором Страхування може коригуватись пропорційно до різниці між сплаченою Страховою Премією та Страховою Премією, передбаченою оцінкою фактичного ризику Застрахованої Особи та/ або Страхувальника на дату подання заяви про здійснення Страхової Виплати.

16.9. У разі смерті Застрахованої Особи всю суму Страхової Виплати буде сплачено Вигодонабувачам, визначеним у Заяві або пізніше протягом дії Договору Страхування, які будуть живими на момент здійснення Страхової Виплати. Частку Вигодонабувача, який не буде живим на дату здійснення Страхової Виплати, буде сплачено спадкоємцям такого Вигодонабувача, встановленим згідно з законодавством України. Якщо на момент здійснення Страхової Виплати Вигодонабувачі не визначені, Страхову Виплату буде здійснено спадкоємцям Застрахованої особи з урахуванням норм законодавства, чинних на момент здійснення виплати.

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

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

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

- 1) Надання Страхувальником, Застрахованою Особою або Вигодонабувачем неправдивої та/або помилкової інформації щодо предмету Договору Страхування або щодо настання Страхового Випадку;
- 2) Навмисні дії Страхувальника, Застрахованої Особи або Вигодонабувача, спрямовані на настання Страхового Випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Застрахованої Особи, Страхувальника або Вигодонабувача встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 3) Вчинення Страхувальником, Застрахованою Особою або Вигодонабувачем умисного злочину, що призвів до Страхового Випадку;
- 4) Несвоєчасне повідомлення Страхувальником, Застрахованою Особою або Вигодонабувачем про настання випадку, що має ознаки страхового, у строк, встановлений цими Правилами, без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, причин, характеру Страхового Випадку та розміру виплат;
- 5) У випадках, зазначених у статті 4. «Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування» цих Правил страхування та відповідних пунктах Програм Страхування, включених до Договору Страхування;
- 6) Невиконання Страхувальником, Застрахованою Особою обов'язків згідно з Договором Страхування, Правилами;
- 7) Невиконання Застрахованою Особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я;
- 8) В інших випадках, передбачених законодавством України.

17.2. Рішення про відмову у здійсненні Страхової Виплати ухвалюється Страховиком протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання останнього з усіх необхідних документів, що підтверджують факт, обставини та наслідки настання Страхового Випадку, та завершення Страховиком розслідування і повідомляється Страхувальнику, Застрахованій Особі, Вигодонабувачу або іншій особі, яка подала заяву про здійснення Страхової Виплати, в письмовій формі, в тому числі електронною поштою, за погодженням із заявником, з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з дати ухвалення рішення про відмову у здійсненні Страхової Виплати; при цьому також застосовуються положення пункту 16.7 Правил страхування.

17.3. При розгляді заяви про здійснення Страхової Виплати Страховик має право направити Застраховану Особу на медичне обстеження/огляд за власний рахунок. Якщо Застрахована Особа відмовляється пройти медичне обстеження або наданих нею медичних документів недостатньо для підтвердження факту настання Страхового Випадку, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати за цією Програмою.

18. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

- 1) Закінчення строку дії Договору Страхування;
- 2) Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 3) Несплати Страхувальником Страхових Платежів у розмірі та у строки, передбачені Договором Страхування, при цьому Договір Страхування вважається достроково припиненим;
- 4) Дострокового припинення за вимогою однієї із Сторін, направленою не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до запланованої дати припинення, окрім випадків, що зазначені у п. 9.8. цих Правил;
- 5) Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 6) Прийняття судового рішення про визнання Договору Страхування недійсним;
- 7) Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків переходу прав та обов'язків Страхувальника згідно зі статтями 12. та 13. Правил, та інших випадків, передбачених відповідними положеннями законодавства;
- 8) В інших випадках, передбачених цими Правилами та законодавством України;
- 9) Надання Страхувальником, Застрахованою Особою або Вигодонабувачем неправдивої та/або помилкової інформації щодо предмету Договору Страхування або щодо настання Страхового Випадку.

18.2. У разі дострокового припинення дії Договору Страхування Страховик виплачує Страхувальнику Викупну Суму. Викупна сума - це сума, яка виплачується Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору Страхування Життя та розраховується математично на день припинення Договору Страхування життя залежно від періоду, протягом якого діяв Договір Страхування Життя. Відповідні до умов розрахунки наведені у таблиці, що є Додатком до Страхового Поліса.

18.3. Страховик здійснює виплату Викупної Суми протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання від Страхувальника/Вигодонабувача останнього з необхідних документів, а саме:

18.3.1. копії довідки про присвоєння ідентифікаційного номера та документа, який посвідчує особу одержувача;

18.3.2. письмової заяви, у разі, якщо Договір Страхування достроково припиняється через умову, зазначену у пп.4) та 7) п.18.1. цих Правил.

18.4. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення виплати Викупної Суми шляхом сплати Страхувальнику Викупної Суми з урахуванням положень статті 625 Цивільного кодексу України та пені у розмірі однієї облікової ставки Національного банку України, що діяла у період, за який сплачується пеня, якщо іншого розміру не встановлено законодавством. При цьому, якщо Договір Страхування достроково припиняється через умову пп.3) п.18.1. цих Правил, Страховик має право відкласти виплату Викупної Суми, а також будь-якого нарахованого Негрантованого бонусу за погодженням Страхувальника на строк, який не перевищує 6 (шість) місяців з дати встановлення Страховиком факту порушення Страхувальником своїх зобов'язань, передбачених Договором Страхування.

19. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

20. ОСОБЛИВІ УМОВИ

20.1. Право на Негарантований бонус

1) Протягом всього строку дії Договору Страхування Страхувальник має право на Негарантований бонус, отриманий Страховиком від інвестування сум відповідного математичного резерву (далі – «Негарантований бонус»).

Негарантований бонус розраховується як різниця між задекларованим доходом Страховика та величиною інвестиційного доходу, визначеного згідно з Договором Страхування. Доля участі Страхувальника в частині різниці між задекларованим доходом Страховика та величиною інвестиційного доходу встановлена на рівні не менше 85%. Негарантований бонус розраховується в кінці кожного року, за умови, що Договір Страхування діяв та страхові послуги надавались протягом року, та базується на сумі математичного резерву згідно з Договором Страхування на кінець попереднього року.

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

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

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

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

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

4) У разі дожиття Застрахованої Особи до дати, визначеної в Договорі Страхування, або у випадку її смерті, будь-яка належна сума Негарантованого бонусу буде виплачена відповідно Застрахованій

Особі або Вигодонабувачу. Разом з тим, Договір Страхування передбачає право на отримання Негарантованого бонусу за період між останньою датою нарахування Негарантованого бонусу та датою закінчення дії Страхового Поліса або смерті.

20.2. Інші спеціальні умови

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

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

20.3. Податки та збори

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

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

20.4.1. За письмовою заявою Страхувальника Страховик може надати кредит за умови наявності сформованої Викупної Суми, Договір діє та зберігає чинність, а також за умови обов'язкової передачі прав за Договором Страхування на користь Страховика;

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

- 1) Будь-яких сум, належних до сплати Страховику;
- 2) Суми відсотків за користування будь-якими раніше наданими кредитами, належними до сплати Страховику;
- 3) Будь-яких сум Страхових Премій в перерахунку за рік, строк сплати яких настав на дату надання кредиту.

20.4.3. Відсоткова ставка за користування кредитом визначається Страховиком та повідомляється Страхувальнику. Відсотки за користування кредитом розраховуються на підставі кількості днів користування кредитом. Термін сплати відсотків настає у кожен річницю дати набрання чинності Договором Страхування. При цьому, відповідно до Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» відсотки за користуванням кредитом не нараховуються якщо Застрахованою Особою/Страхувальником виступає військовослужбовець (з початку і до закінчення особливого періоду) або резервіст та віськовозобов'язаний (з моменту призову під час мобілізації і до закінчення особливого періоду). Повідомлення відбувається шляхом подання Страховику наступних документів:

- письмової Заяви про інформування;
 - довідки про проходження військової служби.
-

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

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

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

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

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

Додаток № 1.1
до Договору добровільного страхування життя за
пакетом програм «Моє здоров'я» (приєднання)
№ MZ-2_27.05.2020 від «20» вересня 2021 року

Додаток 1-10

Програма страхування додаткових ризиків

Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нещасного випадку («Програма»)

1. Предмет страхування

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

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

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

1.4. У випадку Постійної Непрацездатності Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку Страховик погоджується здійснити Страхову Виплату відповідно до цієї Програми на користь Застрахованої Особи.

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

2. Страховий Випадок та Страхова Виплата

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

2.1. Постійна Непрацездатність визначається за допомогою спеціальної Таблиці Видів Втрат. Страховик здійснює Застрахованій Особі Страхові Виплати, які дорівнюють частині Страхової Суми згідно з Таблицею Видів Втрат для конкретної травми, але за умови, що така Постійна Непрацездатність сталася протягом 365 днів після дати Нещасного випадку, який зумовив таку Постійну Непрацездатність, та триває протягом решти життя такої Застрахованої Особи.

2.2. Розмір Страхових Виплат на випадок Постійної Непрацездатності внаслідок випадків, які не зазначені в наведеній нижче Таблиці Видів Втрат, розраховується відповідно до їх серйозності в порівнянні з тими випадками, що зазначені в Таблиці Видів Втрат, при цьому не береться до уваги професія чи місце роботи Застрахованої Особи.

2.3. Загальна сума Страхових Виплат, яка сплачується через настання декількох видів Непрацездатності внаслідок одного Нещасного випадку, розраховується шляхом додавання різних сум, але загальний розмір не повинен перевищувати загальну Страхову Суму, зазначену у Договорі Страхування.

2.4. Якщо стан Застрахованої Особи погіршується через недбалість Застрахованої Особи або її відмову отримати необхідну медичну допомогу, то сума належних Страхових Виплат розраховується не відповідно до реальних наслідків Нещасного випадку, що стався із Застрахованою Особою, а відповідно до наслідків, які б мала звичайна фізично здорова особа в результаті такого Нещасного випадку, якби вона отримала відповідне та раціональне медичне лікування, що має бути підтверджено лікарем-експертом, призначеним Страховиком. У разі попереднього погіршення фізичного стану здоров'я Застрахованої Особи тільки реальні та дійсні наслідки зазначеного Нещасного випадку мають бути основою для визначення розміру Страхових Виплат.

2.5. Якщо Застрахована Особа є ліворукою та зазначила це у Заяві на Страхування або це офіційно визнано, тоді визначені нижче частки від Страхової Суми для різних видів непрацездатності лівих та правих кінцівок взаємно змінюються.

2.6. Дія Програми припиняється відразу після настання Страхового Випадку «Постійна та Повна Непрацездатність» згідно з цією Програмою, але настання такого Страхового Випадку не зумовлює припинення дії Договору Страхування в цілому.

2.7. Визначення Виду Втрати:

2.7.1. Втрата кисті, руки, стопи або ноги означає втрату відповідної частини кінцівки або кінцівки через фізичне відчленування або повну та постійну втрату здатності використовувати зазначені частини кінцівки або кінцівки;

2.7.2. Втрата ока означає повну та невідновну втрату зору; втратою зору вважається чіткість зору після корекції 3/60 або менше за шкалою Снеллера;

2.7.3. Втрата слуху або мовлення означає повну та невідновну втрату слуху або мовлення.

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

2.9. Страхову Виплату буде здійснено за умови, що Нещасний Випадок, який зумовив настання Страхового Випадку мав місце:

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

3. Таблиця Видів Втрат

<i>Непрацездатність</i>	<i>Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)</i>
Постійна та Повна Непрацездатність: Повна втрата зору на обидва ока	100%

<i>Непрацездатність</i>	<i>Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)</i>	
Повна втрата обох кистей або рук Повна глухота на обидва вуха травматичного походження Повна втрата мовлення Повна втрата однієї руки та однієї ноги Повна втрата однієї руки та однієї стопи Повна втрата однієї кисті та однієї стопи Повна втрата однієї кисті та однієї ноги Повна втрата обох ніг Повна втрата обох стоп Видалення нижньої щелепи Повне слабоумство	100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%	
Постійна Часткова Непрацездатність: <u>Голова:</u> Втрата кісткової тканини черепа по всій його товщині <ul style="list-style-type: none"> - Поверхня площею не менше 6 кв.см - Поверхня площею від 3 до 6 кв.см - Поверхня площею менше 3 кв.см Часткове видалення нижньої щелепи, її висхідної частини у повному обсязі або половини верхньої щелепи Повна глухота на одне вухо Повна втрата одного ока	40% 20% 10% 40% 30% 50%	
<u>Верхні кінцівки</u> Втрата однієї руки або кисті Значна втрата кісткової тканини руки (чітко виражене та невиліковне ураження) Повний параліч верхньої кінцівки (невиліковне ураження нервів) Повний параліч огинального нерва Анкілоз плеча Анкілоз ліктя: <ul style="list-style-type: none"> - у сприятливому положенні (15 градусів від прямого кута); - у несприятливому положенні Значна втрата кісткової тканини двох кісток передпліччя (чітко виражене та невиліковне ураження) Повний параліч середнього нерва Повний параліч променевого нерва на рівні суглобової западини ліктьового суглоба Повний параліч променевого нерва на рівні передпліччя Повний параліч променевого нерва на рівні кисті Повний параліч ліктьового нерва Анкілоз зап'ястка у сприятливому положенні (прямо або в пронації) Анкілоз зап'ястка у несприятливому положенні (згинання, або	Права 60% 50% 65% 20% 40% 35% 40% 40% 45% 40% 30% 20% 30% 20%	Ліва 50% 40% 55% 15% 30% 35% 30% 35% 35% 25% 15% 25% 15%

<i>Непрацездатність</i>	<i>Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)</i>	
неприродне розгинання, або супінація)	30%	25%
Повна втрата великого пальця	20%	15%
Часткова втрата великого пальця (нігтьової фаланги)	10%	5%
Повний анкілоз великого пальця	20%	15%
Повна ампутація вказівного пальця	15%	10%
Повна втрата двох фаланг вказівного пальця	10%	8%
Повна втрата нігтьової фаланги вказівного пальця	5%	3%
Одночасна ампутація великого пальця і вказівного пальця	35%	25%
Повна втрата великого пальця та іншого пальця (крім вказівного)	25%	20%
Повна втрата двох пальців (крім великого та вказівного)	12%	8%
Повна втрата трьох пальців (крім великого та вказівного)	20%	15%
Повна втрата чотирьох пальців, включаючи великий палець	45%	40%
Повна втрата чотирьох пальців, виключаючи великий палець	40%	35%
Повна втрата середнього пальця	10%	8%
Повна втрата пальця (крім великого, вказівного та середнього)	7%	3%
<u>Нижні Кінцівки</u>		
Повна втрата нижньої кінцівки на рівні верхньої половини стегна	60%	
Повна втрата нижньої кінцівки на рівні нижньої половини стегна	50%	
Повна втрата стопи (дезартикуляція на рівні гомілковостопного суглоба)	45%	
Часткова втрата стопи (дезартикуляція на рівні підтаранного суглоба)	40%	
Часткова втрата стопи (дезартикуляція на рівні поперечного суглоба стопи)	35%	
Часткова втрата стопи (передплюсно-плюснева дезартикуляція)	30%	
Повний параліч нижньої кінцівки (невиліковне ураження нерва)	60%	
Повний параліч двох нервів (зовнішній та внутрішній підколінний сідничний нерв)	40%	
Повний параліч зовнішнього підколінного сідничного нерва	20%	
Повний параліч внутрішнього підколінного сідничного нерва	30%	
Анкілоз кульшового суглоба	40%	
Анкілоз колінного суглоба	20%	
Втрата кісткової тканини стегна або обох кісток гомілки (невиліковний стан)	60%	

<i>Непрацездатність</i>	<i>Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)</i>
Втрата кісткової тканини наколінка зі значним розходженням фрагментів та значним обмеженням рухів при випрямленні ноги	40%
Втрата кісткової тканини наколінка зі збереженням рухів	20%
Вкорочення нижньої кінцівки щонайменше на 5 см	30%
Вкорочення нижньої кінцівки від 3 до 5 см	20%
Вкорочення нижньої кінцівки від 1 до 3 см	10%
Повна ампутація всіх пальців стопи	25%
Ампутація чотирьох пальців стопи, включаючи великий палець	20%
Повна втрата чотирьох пальців стопи	10%
Повна втрата великого пальця стопи	10%
Повна втрата двох пальців стопи	5%
Ампутація одного пальця стопи (крім великого пальця)	3%

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

4. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування

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

4.2. Додатково до пункту 4.1 цієї Програми, Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є наведене нижче, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:

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

- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
- каскадери;
- циркові артисти (акробати, дресирувальники);
- працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
- військові репортери та репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
- аварійно-рятувальні служби у високогірних районах (із використанням вертольотів, альпіністського спорядження);
- військовослужбовці збройних сил, незалежно від військової спеціальності, роду військ, військового звання та форми проходження військової служби;
- члени загонів особливого призначення, незалежно від відомчого підпорядкування;
- професійні спортсмени та тренери;
- особисті охоронці;
- водолази, працівники, чия діяльність пов'язана з підводним занурюванням;

-
- 4.2.2. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким повітряним спортом, альпінізмом, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;
 - 4.2.3. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажирів на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;
 - 4.2.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;
 - 4.2.5. Тренування або пілотування або перебування в якості пасажирів на планері або планері, який пілотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;
 - 4.2.6. Участь у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;
 - 4.2.7. Отруєння будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене прямим вприскуванням, поглинанням чи вдиханням або потраплянням отруйних речовин до організму іншим шляхом, окрім випадкового отруєння чадним газом (CO, CO₂) або іншим летючим продуктом горіння під час пожежі;
 - 4.2.8. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;
 - 4.2.9. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передує Даті Початку дії цієї Програми, окрім випадків, якщо Договір Страхування діяв та страхові послуги надавались протягом 3 (трьох) років поспіль з дати введення в дію Договору Страхування;
 - 4.2.10. Будь-яке інфекційне бактеріальне зараження, за винятком інфекційного зараження внаслідок порізу або поранення, що сталися випадково;
 - 4.2.11. Проходження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;
 - 4.2.12. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;
 - 4.2.13. Вакцинація та наслідки вакцинації;
 - 4.2.14. Нещасний випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або його/її пересування як пасажирів на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Застрахованою Особою службових обов'язків, з урахуванням пункту 4.2.1. цієї Програми.
-

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

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

5. Права Страховика у разі настання Страхового Випадку

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

6. Початок дії Програми

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

7. Припинення дії Програми

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

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

7.2.1. здійснення Страхової Виплати на випадок Постійної та Повної Непрацездатності; або

7.2.2. здійснення виплати 100% Страхової Суми внаслідок одного або кількох Нещасних Випадків у випадку Постійної Часткової Непрацездатності.

7.3. Додатково до статті 18. Правил добровільного страхування життя дія цієї Програми припиняється, якщо:

7.3.1. Застраховану Особу визнано психічно хворою; або

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

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

- 7.3.4. У чергову річницю дії цієї Програми після 65 (шістдесят п'ятого) дня народження Застрахованої Особи, незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування; або
- 7.3.5. Страхова Премія за цією Програмою або Програмою страхування основних ризиків не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду; або
- 7.3.6. Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Сплаченого Договору Страхування, як передбачено відповідною статтею Правил страхування, або дію Програми страхування основних ризиків було припинено на будь-яких підставах.
- 7.4. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми, окрім випадків, передбачених пунктом 7.2 цієї Програми, сплата додаткової Страхової Премії припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику, відповідно до чинного законодавства України, незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії - це частина Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.

8. Прикінцеві положення

- 8.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил добровільного страхування життя щодо:
- 8.1.1. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);
- 8.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
- 8.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування (стаття 14. Правил);
- 8.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);
- 8.1.5. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25).
- 8.2. Якщо це прямо зазначено в Страховому полісі Договором Страхування може бути передбачено страхування на випадок настання Постійної та повної непрацездатності Застрахованої Особи в період дії Договору Страхування внаслідок хвороби. Включення даного ризику в Договір страхування вимагає сплати додатково Страхової Премії.
- 8.3. Страховик має право відмовитися вносити будь-які зміни до Договору Страхування після настання Страхового Випадку за цією Програмою.
- 8.4. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цією Програмою. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду Страховика. Зміна набуватиме чинності з річниці дії цієї Програми. Страхувальник має право відмовитись від таких змін протягом 30 (тридцяти) календарних днів. Якщо Страхувальник відмовляється прийняти зміни або розмір сплаченої ним Страхової Премії відрізняється від розміру, встановленого після таких змін, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці її дії шляхом письмового повідомлення Страхувальника.
-

Додаток № 1.2
до Договору добровільного страхування життя за
пакетом програм «Моє здоров'я» (приєднання)
№ МZ-2_27.05.2020 від «20» вересня 2021 року

Додаток 1-24

Програма страхування додаткових ризиків Страхування на випадок переломів та/або опіків внаслідок Нещасного випадку («Програма»)

1. Предмет страхування

1.1. Положення цієї Програми страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок переломів та/або опіків внаслідок Нещасного випадку» (надалі – Програма) складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховому Полісі або у Договорі Страхування.

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

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

1.4. У разі настання Страхового Випадку Страховик здійснює Страхову Виплату за цією Програмою на користь Застрахованої Особи, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

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

2. Визначення

В цій Програмі наведені нижче терміни матимуть таке значення:

2.1. **Нещасний випадок** - всі випадкові, раптові, незалежні від Застрахованої Особи та інших обставин події, спричинені зовнішніми факторами (механічними, тепловими, хімічними, електричними, радіоактивними тощо), що сталися протягом строку дії Договору Страхування та спричинили опіки або переломи, як визначено цією Програмою. Усі інші події не вважатимуться Нещасним випадком згідно з умовами цієї Програми.

2.2. **Опік** - пошкодження шкіри, спричинене контактом з джерелами теплової енергії, хімічними речовинами або холодом, незалежно від того, чи таке ушкодження є відновлювальним.

2.3. **Перелом** - будь-яке травматичне порушення цілісності кістки (тріщина; надлом, злом; розрив), спричинене Нещасним Випадком незалежно від того, чи призвело це до постійної непрацездатності Застрахованої Особи.

2.4. **Патологічний перелом** - будь-який перелом тієї ділянки кістки, яка була вражена вже наявним захворюванням, що ослабляло міцність кістки (в тому числі остеопороз).

2.5. **Множинний (складний) перелом** - перелом кістки у двох і більше місцях. Осколчастий перелом кістки з більш ніж двома уламками також вважається множинним переломом.

2.6. **Повний перелом** - порушення (розрив) цілісності кістки через всю її товщину.

2.7. **Відкритий перелом** - перелом, при якому кісткові відламки порушують цілісність шкіри.

2.8. **Втомний перелом (стрес-перелом)** - порушення цілісності кістки внаслідок її частих систематичних перевантажень («маршова стопа»).

2.9. **Остеопороз** – патологічний стан, який характеризується зменшенням кісткової тканини в одиниці об'єму кістки. Діагноз остеопорозу має бути підтверджений даними денситометрії, рентгенологічного та/або інших об'єктивних методів дослідження.

3. Страховий Випадок та Страхова Виплата

3.1. Страховим Випадком за цією Програмою є розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку, спричинений переломом (код – «ВВ») та/або опіком (код – «В»).

3.2. В разі настання Страхового Випадку Страховик здійснить Страхову Виплату у розмірі частини Страхової Суми за цією Програмою, яка відповідає відповідному перелому або опіку в Таблиці визначення розміру страхових виплат для переломів та опіків.

3.3. Загальна сума Страхових Виплат, сплачених у випадку двох і більше переломів/опіків внаслідок одного і того самого Нещасного Випадку, розраховується шляхом додавання частин Страхової Суми, належних до сплати за кожним з таких переломів/опіків, але загальний розмір Страхової Виплати не повинен перевищувати Страхової Суми за цією Програмою, зазначеної у Страховому Полісі або у додатку до Договору Страхування.

3.4. Розмір Страхової Виплати на випадок перелому/опіку, що є Страховим Випадком за цією програмою, але не наведений в Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для переломів та опіків, розраховується лікарем- експертом Страховика шляхом порівняння такого перелому/опіку з максимально наближеним за ступенем тяжкості переломом або опіком, зазначеним в Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для переломів та опіків.

3.5. Страховик залишає за собою право проведення медичного обстеження Застрахованої Особи лікарем, призначеним Страховиком, за рахунок Страховика.

4. Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для переломів та опіків

Вид перелому/ опіку	Розмір Страхової Виплати, у % від Страхової Суми
Перелом кісток таза (крім куприка)	

Множинні переломи (щонайменше один відкритий та один повний)	100
Всі інші відкриті переломи	50
Множинні переломи (щонайменше один повний)	30
Прості закриті переломи	20
Переломи стегна або п'яткової кістки:	
Множинні переломи (щонайменше один відкритий та один повний)	50
Всі інші відкриті переломи	40
Множинні переломи (щонайменше один повний)	30
Прості закриті переломи	18
Переломи основи черепа	50
Переломи великої гомілкової кістки, плечової кістки, променевої кістки або зап'ястка, п'ястка	
Множинні переломи (щонайменше один відкритий та один повний)	40
Всі інші відкриті переломи	30
Множинні переломи (щонайменше один повний)	20
Прості закриті переломи	15
Переломи верхньої або нижньої щелепи, зовнішньої кісточки, внутрішньої кісточки, ліктьової кістки	
Множинні переломи (щонайменше один відкритий та один повний)	30
Всі інші відкриті переломи	20
Множинні переломи (щонайменше один повний)	16
Прості закриті переломи	10
Переломи лопатки, ключиці, наколінка, грудини, кісток передплюсни та плюсни	
Відкриті переломи	20
Закриті переломи	13
Переломи хребта (крім куприка)	
Всі компресійні переломи тіла хребця	20
Переломи остистого та поперечного відростка хребця, крижі	7
Переломи лобної, скроневої, тім'яної, потиличної кісток	
Зі вдавненням кісткових відламків	30
Без вдавнення кісткових відламків	10
Переломи одного або більше ребер, кісток лицьового черепа, куприка або малої гомілкової кістки (крім зовнішньої кісточки)	
Множинні переломи (щонайменше один відкритий та один повний)	16
Всі інші відкриті переломи	12
Множинні переломи (щонайменше один повний)	8
Прості закриті переломи	5
Переломи пальців	
Відкритий перелом	5
Закритий перелом	3
Перелом зуба	1

Опіки	
Опіки шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 27 % поверхні шкіри або більше	100
Опіки шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 18-26% поверхні шкіри	60
Опіки шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 9-17% поверхні шкіри	30
Опіки шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 4,5-8% поверхні шкіри	16
Опіки шкіри II та III (за класифікацією ВООЗ) ступенів з ураженням від 0,5% до 4,5% площі поверхні тіла	5

5. Виключення зі Страхових Випадків та обмеження страхування

5.1. Страхові Виплати здійснюються за умови, що:

5.1.1. Страховий Випадок є прямим наслідком тілесних ушкоджень, заподіяних зовнішнім, насильницьким та випадковим чином;

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

5.1.3. Додатково до пункту 5.1.2 цієї Програми Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:

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

- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
- каскадери;
- циркові артисти (акробати, дресирувальники);
- працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
- військові репортери та репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
- аварійно-рятувальні служби у високогірних районах (із використанням вертольотів, альпіністського спорядження);
- військовослужбовці збройних сил, незалежно від військової спеціальності, роду військ, військового звання та форми проходження військової служби;
- члени загонів особливого призначення, незалежно від відомчого підпорядкування;
- професійні спортсмени та тренери;
- особисті охоронці;
- водолази, працівники, чия діяльність пов'язана з підводним занурюванням;

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

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

5.1.3.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;

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

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

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

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

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

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

5.1.3.11. Нещасний Випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або його/її пересування як пасажир на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Страхувальником службових обов'язків, з урахуванням пункту 5.1.3.1. цієї Програми.

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

5.1.3.12. Тілесні ушкодження внаслідок нещасного випадку, які спричинили килу, люмбаго або запалення сідничного нерва;

5.1.3.13 Спроба самогубства у будь-який час або тілесні ушкодження, навмисно нанесені Застрахованій Особі будь-якою особою за згодою Застрахованої Особи;

5.1.3.14. Патологічний перелом, включаючи переломи внаслідок остеопорозу;

5.1.3.15. Втомний перелом (стрес-перелом).

5.2. Страхову Виплату буде здійснено за умови, що Страховий Випадок мав місце:

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

6. Письмова заява про настання Страхового Випадку

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

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

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

7. Початок дії Програми

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

8. Припинення дії Програми

8.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, шляхом надання відповідного письмового повідомлення іншій Стороні не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення. У випадку припинення дії Програми за вимогою будь-якої зі Сторін сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є) згідно з умовами п.7.4 цієї Програми.

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

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

8.3.1. Застраховану Особу визнано психічно хворою; або

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

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

8.3.4. Застрахована Особа досягла шістдесяти п'яти річного віку, якщо інше не передбачено Договором Страхування. В такому випадку дія цієї Програми припиняється у чергову річницю дії цієї Програми після 65 (шістдесят п'ятого) дня народження Застрахованої Особи незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування; або

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

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

8.4. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії припиняється і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику, відповідно до чинного законодавства України, незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми (окрім випадків, передбачених пунктом 8.2 цієї Програми). Незароблена частина Страхової Премії - це частина Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.

9. Прикінцеві положення

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

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

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

9.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування (стаття 14. Правил);

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

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

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

Страховика. Зміна набуватиме чинності з річниці дії цієї Програми. Страхувальник має право відмовитись від таких змін протягом 30 (тридцяти) календарних днів. Якщо Страхувальник відмовляється прийняти зміни, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці її дії шляхом письмового повідомлення Страхувальника.

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

Додаток № 1.3
до Договору добровільного страхування життя за
пакетом програм «Моє здоров'я» (приєднання)
№ МZ-2_27.05.2020 від «20» вересня 2021 року

Додаток 1-14

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

1. Предмет страхування

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

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

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

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

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

2. Визначення термінів

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

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

- має ліцензію на здійснення медичної допомоги та лікування (якщо така ліцензія вимагається законодавством);
 - призначений в основному для надання стаціонарної медичної допомоги хворим;
 - здійснює цілодобово сестринський догляд кваліфікованими медсестрами та має хоча б одного ліцензованого та кваліфікованого (дипломованого та сертифікованого) лікаря;
-

- має в наявності обладнання для діагностики та проведення хірургічного втручання в своїх приміщеннях або в інших пристосованих для цього приміщеннях за домовленістю;
- не є медсестринським відділенням лікарні, денним стаціонаром, а також відділенням з надання допомоги пристарілим або видужуючим, де пацієнт отримує головним чином медсестринську допомогу, а також не є за спеціалізацією будинком відпочинку, санаторієм, профілакторієм, медсестринським або геронтологічним відділенням чи реабілітаційним відділенням, і т.д.;
- не є місцем проживання Застрахованої Особи або стаціонаром на дому.

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

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

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

2.6. Термін «хірургічне втручання (хірургічна операція або оперативне втручання)» - комплекс впливів на тканини або органи людини, що проводяться лікарем з метою лікування в умовах акредитованого медичного закладу, що виконуються за допомогою різних способів роз'єднання, переміщення і з'єднання тканин. Такий комплекс впливів на тканини або органи людини, що проводяться лікарем з метою лікування, включає в себе механічний вплив (хірургічними інструментами), температурний вплив (кріохірургія, термокоагуляція та ін.), електрокоагуляцію, радіочастотний вплив, лазерне випромінювання та інші способи хірургічного втручання.

3. Страховий Випадок та здійснення Страхових Виплат

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

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

лікарні з метою госпіталізації згідно з п.3.1.2 цієї Програми, якщо це зазначено в Договорі Страхування згідно з п.3.10 Програми.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування

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

4.2. Додатково до пункту 4.1 цієї Програми Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є наведене нижче, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:

4.2.1. Професійна діяльність Застрахованої Особи в частині цієї Програми, що стосується нещасних випадків, в тому числі за таким фахом:

- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
 - каскадери;
 - циркові артисти (акробати, дресирувальники);
 - працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
 - військові репортери та репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
-

-
- аварійно-рятувальні служби у високогірних районах (із використанням вертольотів, альпіністського спорядження);
 - військовослужбовці збройних сил, незалежно від військової спеціальності, роду військ, військового звання та форми проходження військової служби;
 - члени загонів особливого призначення, незалежно від відомчого підпорядкування;
 - професійні спортсмени та тренери;
 - особисті охоронці;
 - водолази, працівники, чия діяльність пов'язана з підводним занурюванням;

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

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

4.2.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;

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

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

4.2.7. Отруєння будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене введенням ін'єкційним шляхом, абсорбцією, вдиханням або потраплянням до організму отруйних речовин іншим шляхом, окрім випадкового отруєння чадним газом (CO, CO₂) або іншим летючим продуктом горіння під час пожежі;

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

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

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

4.2.11. Будь-яке інфекційне бактеріальне зараження, за винятком інфекційного зараження внаслідок порізу або поранення, що сталися випадково;

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

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

4.2.14. Вакцинація та її наслідки;

4.2.15. Нещасний випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або його/її пересування як пасажиром на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Застрахованою Особою службових обов'язків, з урахуванням пункту 4.2.1. цієї Програми.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.10. Амбулаторне лікування хвороб зору (включаючи хірургічне втручання, проведене в амбулаторних умовах), припис окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, окрім хірургічного

втручання внаслідок нещасного випадку та хірургічних втручань, які зазначені у Таблиці оцінки хірургічних операцій;

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

5. Розміри Страхових Премій

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

5.2. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цією Програмою протягом дії або під час поновлення дії цієї Програми. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду Страховика. Зміна набуватиме чинності з річниці дії цієї Програми. Страхувальник має право відмовитись від таких змін протягом тридцяти днів. Якщо Страхувальник відмовляється прийняти зміни, або розмір сплаченої ним Страхової Премії відрізняється від розміру, встановленого після таких змін, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці її дії шляхом письмового повідомлення Страхувальника.

6. Початок дії Програми

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

7. Припинення дії Програми

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

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

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

починається з моменту припинення дії Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.

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

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

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

8. ТАБЛИЦЯ ОЦІНКИ ХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

<i>Опис хірургічних операцій</i>	<i>Максимальний розмір Страхових Виплат (у % від Страхової Суми)</i>
ЧЕРЕВНА ПОРОЖНИНА	
Апендектомія	35%
Резекція кишки	70%
Резекція шлунка	70%
Гастроентеростомія	60%
Видалення жовчного міхура (холецистектомія)	60%
Видалення селезінки	50%
Діагностична лапаротомія або видалення через розріз одного або більше органів крім зазначеного вище (якщо за одне втручання проводяться дві або більше хірургічних операцій, страхова виплата здійснюється тільки за одну)	50%
АБСЦЕС:	
Розріз поверхневого абсцесу, гнійника або фурункула, одного або більше	5%
Хірургічне лікування карбункула, одного або більше	10%
АМПУТАЦІЯ:	
Будь-якого пальця кисті або стопи	10%
Кисті, передпліччя або стопи на рівні гомілковостопного суглоба	20%
Верхньої або нижньої кінцівки	40%
Стегна на рівні кульшового суглоба	70%
МОЛОЧНА ЗАЛОЗА:	
Ампутація однієї або обох, радикальна, з резекцією до пахвинної западини	70%
Ампутація однієї або обох, проста	40%
ГРУДНА КЛІТКА:	
Повна торакопластика (розкриття грудної клітки)	100%
Видалення легені (пневмонектомія) або частини легені	70%
Торакотомія з метою діагностики або лікування, за винятком	

торакоцентезу Видалення гною, за винятком торакоцентезу Штучний пневмоторакс Бронхоскопія: - діагностична - під час операції, виключаючи біопсію	30% 10% 10% 10% 20%
ВУХО: Розтин барабанної перетинки вуха (парацентез) Мастоїдектомія – радикальна – одна сторона Мастоїдектомія – радикальна - обидві сторони Фенестрація, одна або обидві сторони	5% 50% 60% 100%
ЩИТОВИДНА ЗАЛОЗА: Видалення щитовидної залози, включаючи всі стадії операційної процедури	70%
СТРАВОХІД: Операція з приводу стриктури Використання ендоскопа (не більше 3-х разів на рік)	40% 10%
ОКО: Відшарування сітківки – множинний синтез Катаракта Глаукома Видалення очного яблука (енукліація) Видалення птеригію Розріз ячменя або халазіону	100% 50% 30% 30% 20% 5%
ПЕРЕЛОМИ: а) Лікування закритих переломів (без операції): Ключиці, лопатки або передпліччя (одна кістка) Кісток передплюсни, плюсни, крижів або куприку Стегна Гомілки (одна кістка) або плеча Кожного пальця кисті або стопи або ребра Передпліччя – дві кістки, наколінка, або тазу без витягнення Гомілки, дві кістки Щелепи, нижньої Кісток зап'ястка, п'ясних кісток, носа, ребер – двох або більше, або грудина Тазу, з витягненням Хребців, поперечних відростків, кожного Хребців, компресійний перелом, один або більше Зап'ястка Зовнішньої пластинки кісток склепіння черепа	15% 10% 40% 25% 5% 20% 30% 20% 10% 30% 5% 40% 10% 5%

Обох пластин склепіння черепа	15%
Основи черепа	20%
Обох пластин склепіння і основи	25%
Кісточки (щиколотки) одна	5%
Кісточки (щиколотки) дві	10%
б) Лікування складних та відкритих переломів: Для складного перелому зазначені вище відсотки збільшуються у 1,5 рази. Для перелому, що вимагає хірургічного втручання (включаючи співставлення або остеосинтез), зазначені вище відсотки подвоюються, але максимальна виплата не повинна перевищувати 100%	
СЕЧО-СТАТОВА СИСТЕМА:	
Видалення нирки	70%
Фіксація нирки	70%
Видалення пухлин або каменів з нирки, уретри або сечового міхура за допомогою:	
- операції з розрізом	60%
- катетеризації або ендоскопічної техніки	20%
Операція на сечоводі з розрізом	30%
Операція на уретрі з розрізом	15%
Простата:	
- видалення всієї залози за допомогою операції – повна процедура	70%
- часткове видалення - за допомогою ендоскопічних технік	25%
- інші операції з розрізом	50%
Орхидектомія або епідідимектомія	25%
Гідроцеле або варикоцеле	10%
Видалення фібром, без трансабдомінального доступу	20%
Гістеректомія та оваріектомія з матковими трубами, обидві сторони	80%
Гістеректомія	60%
Оваріектомія з матковою трубою, одна сторона	30%
Конізація	20%
Кюретаж	15%
КИЛА:	
Оперування:	
- однієї кили	30%
- подвійної кили	50%
СУГЛОБИ ТА ВИВИХИ	
Артротомія з приводу захворювання або порушення функції, крім зазначеного нижче та крім пункції	15%
Артротомія плечового, ліктьового, кульшового або колінного суглоба, крім пункції	40%

<p>Видалення, фіксація оперативним шляхом, дезартикуляція або артропластика на:</p> <ul style="list-style-type: none"> - плечовому, кульшовому суглобі або хребті 75% - колінному, ліктьовому, променево-зап'ясному або гомілковостопному суглобі 30% <p>Вивих (лікування без операції):</p> <ul style="list-style-type: none"> - кожного пальця кисті або стопи 5% - плечового, ліктьового, променево-зап'ясного або гомілковостопного суглоба 15% - нижньої щелепи 5% - кульшового або колінного суглоба, крім наколінка 20% - наколінка 5% - ушкодження зв'язок суглобу, що вимагає накладання фіксуючої пов'язки 10% - зшивання сухожиль 10% <p>Для вивиху, який вимагає оперативного втручання, максимальна сума страхової виплати розраховується у подвійному розмірі від сум, зазначених вище.</p>	
<p>ОПІКИ:</p> <p>Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням 27% площі поверхні тіла або більше 100%</p> <p>Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 18% до 27% площі поверхні тіла 60%</p> <p>Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 9% до 18% площі поверхні тіла 30%</p> <p>Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 4,5% до 9% площі поверхні тіла 16%</p> <p>Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 0,5% до 4,5 % площі поверхні тіла 5%</p>	
<p>НІС:</p> <p>Черезносова операція на носових пазухах 15%</p> <p>Позаносова операція на носових пазухах 35%</p> <p>Поліпи, видалення одного або більше 5%</p> <p>Резекція підслизової оболонки 25%</p> <p>Конхектомія 10%</p>	
<p>ПУНКЦІЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - черевної порожнини 10% - плевральної порожнини або сечового міхура, крім катетеризації 5% - барабанної перетинки, гідроцеле, суглобів або спинномозкова 5% 	
<p>ПРЯМА КИШКА:</p> <p>Радикальна резекція злоякісної пухлини, всі стадії, включаючи колостомію 100%</p>	

Геморой, тільки зовнішній, видалення - повна процедура	10%
Геморой, внутрішній або внутрішньо-зовнішній, включаючи випадіння прямої кишки, повне, для видалення або повної склерозуючої терапії	20%
Нориця прямої кишки	15%
Тріщина прямої кишки	5%
Інші операції на прямій кишці з розрізом	20%
ЧЕРЕП: Операції з розрізом на порожнині черепа, крім трепанації та пункції	100%
Видалення кістки, трепанація або декомпресія	30%
ГОРЛО: Тонзилектомія або тонзил- та аденоїдектомія: - дорослі та діти віком 15 років та старші	15%
- діти віком до 15 років	10%
Пряма ларингоскопія	5%
Тонзилектомія та аденоїдектомія не визнається Страховим Випадком протягом перших 180 (ста вісімдесяти) днів строку дії цієї Програми.	
ПУХЛИНИ: Хірургічне видалення: Злоякісних пухлин, крім пухлин слизової оболонки, шкіри та підшкірної клітковини	50%
Злоякісних пухлин слизової оболонки, шкіри та підшкірної клітковини	25%
Доброякісної пухлини яєчка або молочної залози	20%
Ганглія	5%
Доброякісних пухлин, однієї або більше, крім зазначених вище	10%
ВЕНИ: Варикоз - операція з розрізом або склерозуюча терапія	
- однієї ноги	20%
- обох ніг	30%
Первинна хірургічна обробка (ПХО), накладання швів	5%

9. Письмова заява про настання Страхового Випадку

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

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

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

10. Період Очікування

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

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

10.3. У разі, якщо випадок, що має ознаки страхового, стався протягом «періоду очікування» та мало місце внесення змін до умов Договору страхування життя (збільшення/зменшення розміру Страхової (-их) Суми (сум) та/або збільшення/зменшення кількості захворювань) на останню дату сплати, від якої рахується «період очікування», то сума Страхової Виплати розраховується та резервується 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).

11. Прикінцеві положення

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

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

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

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

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

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

11.2. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цією Програмою. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду Страховика. Зміна набуватиме чинності з річниці дії цієї Програми. Страхувальник має право відмовитись від таких змін протягом 30 (тридцяти) календарних днів. Якщо Страхувальник

відмовляється прийняти зміни або розмір сплаченої ним Страхової Премії відрізняється від розміру, встановленого після таких змін, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці її дії шляхом письмового повідомлення Страхувальника.

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

Додаток № 1.4
до Договору добровільного страхування життя за
пакетом програм «Моє здоров'я» (приєднання)
№ МZ-2_27.05.2020 від «20» вересня 2021 року

Додаток 1-3

Програма страхування основних ризиків Страхування на випадок смерті на певний строк або до певного віку («Програма»)

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

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

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

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

2.1. Вигодонабувачу у разі смерті Застрахованої Особи до дати, зазначеної у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми; або

2.2. Застрахованій Особі, якщо вона є живою на дату, зазначену у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми. Страхова Сума на випадок дожиття Застрахованої Особи на строк або дожиття Застрахованої Особи до певного віку встановлюється в розмірі Викупної Суми за Договором Страхування, розрахованої на дату закінчення дії цієї Програми.

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

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

- 4.1. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);
 - 4.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
 - 4.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування (стаття 14. Правил);
 - 4.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);
 - 4.5. Положення про індексацію для Програм страхування основних ризиків (Додаток 1-16) та Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25).
 - 4.6. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цією Програмою. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду Страховика. Зміна набуватиме чинності з річниці дії цієї Програми. Страхувальник має право
-

відмовитись від таких змін протягом 30 (тридцяти) календарних днів. Якщо Страхувальник відмовляється прийняти зміни або розмір сплаченої ним Страхової Премії відрізняється від розміру, встановленого після таких змін, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці її дії шляхом письмового повідомлення Страхувальника.

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