

До Договору добровільного комплексного страхування життя платника
комунальних платежів № 15052018 від 17 січня 2020 р.
(редакція чинна з «22» січня 2020 року)

Приватне акціонерне товариство
«МетЛайф»

Правила ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ

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

заресстровані Національною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 27.06.2019 року, згідно з розпорядженням №1221, зі змінами та доповненнями №1, заресстрованими Національною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 03.10.2019 року, згідно з розпорядженням №1936

ТЕРМІНИ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ЦИХ ПРАВИЛАХ

Страховання	Вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних та юридичних осіб, у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених Договором Страховання, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів.
Страховання життя	Вид особистого страхування, який передбачає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату згідно з Договором Страховання у разі смерті Застрахованої особи, а також, якщо це передбачено Договором Страховання, у разі дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору Страховання та (або) досягнення Застрахованою особою визначеного договором віку. Умови Договору Страховання життя можуть також передбачати обов'язок Страховика здійснити страхову виплату у разі нещасного випадку, що стався із Застрахованою особою або її Хвороби, захворювання.. Передбачення ризику смерті Застрахованої особи є обов'язковим протягом всього строку дії Договору Страховання Життя.
Страховик	Приватне акціонерне товариство "МетЛайф", яке укладає із Страховальниками Договори Страховання життя, створене згідно з Законом України "Про господарські товариства" та Законом України "Про страхування" та яке має ліцензію на право здійснення страхової діяльності у формі добровільного страхування життя. У випадку, якщо Страховик у зв'язку зі змінами у законодавстві чи з інших причин змінить найменування, воно підлягатиме застосуванню у всій документації, в тому числі за раніше укладеними Договорами Страховання.
Страховальник	Юридична особа, фізична особа, а також фізична особа – підприємець, яка уклала із Страховиком Договір Страховання та зобов'язана сплачувати страхові премії у встановлені строки та виконувати інші умови Договору Страховання.
Застрахована особа	Особа, про страхування життя або життя та працездатності якої укладений Договір Страховання, та яка може набувати прав і обов'язків Страховальника згідно з Договором Страховання.
Вигодонабувач	Фізична або юридична особа (або особи), призначена(ні) для отримання страхової виплати згідно з умовами Договору Страховання.
Страхова сума	Грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату у разі настання страхового випадку. Страхова сума зазначається в Договорі Страховання. Для кожної програми страхування може бути встановлена окрема Страхова сума.
Страхова виплата	Грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору Страховання у разі настання страхового випадку. страхові виплати за Договором Страховання Життя здійснюються в розмірі страхової суми (її частини) та (або) у вигляді регулярних, послідовних виплат обумовлених у Договорі Страховання сум (ануїтету).
Страхова премія (Страховий платіж)	Плата за страхування, узгоджена обома сторонами Договору Страховання для кожного виду ризику, яку Страховальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором Страховання.
Страховий тариф	Ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
Договір Страховання	Письмова угода між Страховальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страховальнику або іншій особі, визначеній у Договорі Страховання Страховальником, на користь якої укладено Договір Страховання, а Страховальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору Страховання.
Страховий Сертифікат/ Страховий Поліс	Посвідчення факту укладання Договору Страховання.
Викупна Сума	Сума, яка виплачується Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору Страховання та розраховується математично на день припинення Договору Страховання життя залежно від періоду, протягом якого діяв Договір Страховання життя, згідно з методикою, викладеною в Додатку 2 до цих Правил.
Ануїтет	Регулярні, послідовні виплати обумовлених у Договорі Страховання сум.
Нещасний Випадок	Будь-яке тілесне ушкодження або травма, не спричинене Застрахованою особою навмисно, спричинене безпосередньо та незалежно випадковою, непередбачуваною дією зовнішніх причин, факторів, що знаходились поза контролем Застрахованої особи та призвели до її травмування або смерті.
Нещасний Випадок на транспорті	Не спричинена Застрахованою особою навмисно раптова подія на автомобільному, залізничному, морському, річковому або авіаційному транспорті, що сталась під час перевезення Застрахованої особи автомобілем (у якості пасажирів або водія), на поїзді, човні або регулярних пасажирських авіаліній незалежно від того, чи під час руху, чи не у русі, включаючи посадку та висадку, зліт та посадку, в процесі якої смерть або тілесне ушкодження Застрахованої особи сталися в прямому зв'язку з використанням цього транспорту. При цьому такий транспортний засіб має бути зареєстрований та офіційно допущений до пасажирських перевезень згідно з законодавством. Нещасним Випадком на транспорті також є тілесні ушкодження або смерть Застрахованої особи внаслідок удару транспортним засобом. Нещасний Випадок на транспорті не вважається випадком, що стався в прямому зв'язку з використанням цього транспорту, і відповідно не вважається страховим випадком, якщо такий випадок спричинений внаслідок терористичного акту, навмисними діями, спрямованими на настання нещасного випадку, природного лиха, використання транспортного засобу в спортивних цілях, інші ускладнення просування, причина яких не стосується транспорту.
Хвороба, захворювання	Будь який патологічний стан або аномальне (ненормальне) функціонування органів Застрахованої особи, що об'єктивно діагностовано та не спричинено нещасним випадком.
Річниця (річниця страхування)	День, наступний за останнім днем відповідного року дії Договору Страховання.
Період очікування	Період часу, визначений Страховальником у Договорі Страховання, протягом якого страхові послуги Застрахованій особі не надаються (страхове покриття на неї не поширюється).
Громадянська війна	Озброєне протистояння двох або більше сторін однієї країни, де такі сторони є різними етнічними, релігійними або ідеологічними групами, включаючи військові повстання, бунти, революції, антиурядову агітацію та підірвану діяльність, державний переворот, наслідки військового положення.
Війна	Озброєне оголошене або невизнане протистояння двох або більше країн.
Активно працює (працюють)/Активно працюючий	Працездатна особа, яка не знаходиться у відпустці без збереження заробітної плати, що триває більше 2 тижнів, не існує ні з боку працівника, ні з боку Страховальника ніяких перешкод, загрозливих щодо поточної роботи, працівника не переведено на легшу, іншу роботу, йому не встановлено неповний робочий день або неповний робочий тиждень, якщо інше не передбачено Договором Страховання. В цілях даних Правил

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

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

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

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

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

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

3.1.1. Дожиття Застрахованої особи на строк;

3.1.2. Дожиття Застрахованої особи до певного віку;

3.1.3. Смерть Застрахованої особи;

3.1.4. Природна смерть Застрахованої особи;

3.1.5. Постійна Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Хвороби;

3.1.6. Постійна Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку;

3.1.7. Постійна Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Хвороби та/або Нещасного Випадку;

3.1.8. Постійна Часткова Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Хвороби;

3.1.9. Постійна Часткова Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку;

3.1.10. Постійна Часткова Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Хвороби та/або Нещасного Випадку;

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

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

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

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

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

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

3.1.17. Смерть Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку;

3.1.18. Постійна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку;

3.1.19. Смерть, Каліцтво та/або Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку;

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

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

3.1.22. Смерть Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку на транспорті;

3.1.23. Постійна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку на транспорті;

3.1.24. Постійна Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку на транспорті;

3.1.25. Діагностування критичного захворювання Застрахованої особи;

3.1.26. Отримання Застрахованою особою тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку;

3.1.27. Тимчасова Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку;

3.1.28. Тимчасова Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби;

3.1.29. Отримання Застрахованою особою травм внаслідок Нещасного Випадку;

3.1.30. Смерть Застрахованої особи та подружжя внаслідок одного Нещасного Випадку.

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

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

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

4. Виключення із Страхових Випадків і обмеження страхування

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

1) «Страхування на випадок смерті або дожиття»;

2) «Страхування на випадок смерті на певний строк»;

3) «Страхування на випадок природної смерті на певний строк»;

4) «Додатковий накопичувальний пенсійний план»;

5) «Страхування на випадок постійної повної непрацездатності»;

6) «Страхування на випадок постійної часткової непрацездатності»;

7) «Страхування на випадок встановлення групи інвалідності внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби»;

8) «Страхування на випадок критичного захворювання».

4.1.1. Згідно з Договором Страхування будь-яка подія не визнається Страховим Випадком та Страхова виплата не здійснюється, якщо така подія прямо або опосередковано, повністю або частково спричинена або пов'язана з:

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

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

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

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

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

4.1.1.6. Для визнання смерті Страховим Випадком факт відсутності трупа чи неможливості його ідентифікації не вважається смертю Застрахованої особи та не визнається Страховим Випадком, крім випадків, коли факт смерті було визнано у судовому порядку.

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

4.1.2. Додатково до положень пункту 4.1.1 щодо Програми групового страхування додаткових ризиків «Страхування життя на випадок встановлення групи інвалідності внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби» будь-яка подія не визнається Страховим Випадком та Страхова виплата не здійснюється, якщо така подія прямо або опосередковано, повністю або частково спричинена або пов'язана з:

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

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

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

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

4.1.2.5. Заняттям Застрахованою особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняттям Застрахованою особою спортом на любительському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким кінним спортом, повітряним спортом, альпінізмом, бойовими видами мистецтва, боротьбою, підводним плаванням, стрільбою.

4.1.3. Додатково до положень пункту 4.1.1 щодо Програми групового страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок критичного захворювання» будь-яка подія не визнається Страховим Випадком та Страхова виплата не здійснюється, якщо така подія прямо або опосередковано, повністю або частково спричинена або пов'язана з:

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

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

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

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

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

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

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

- 1) «Страхування на випадок смерті внаслідок Нещасного Випадку»;
- 2) «Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку»;
- 3) «Страхування на випадок смерті/каліцтва/постійної та повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку»;
- 4) «Страхування на випадок тимчасової повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку»;
- 5) «Страхування на випадок тимчасової повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби»;
- 6) «Страхування на випадок тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку»;
- 7) «Страхування на випадок травм та/або тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку»;
- 8) «Страхування на випадок смерті внаслідок Нещасного Випадку з виплатою додаткової Страхової Суми у випадку сирітства».

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

4.2.1.1. Бактеріальною інфекцією (крім піогенної інфекції – гнійної інфекції, інфекція, що спричиняє або обумовлює нагноєння, що є результатом випадкового порізу або рани);

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

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

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

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

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

4.2.1.7. Будь-якою травмою, ушкодженням або непрацездатністю Застрахованої особи, що виникли до дати початку дії страхування;

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

4.2.1.9. Травмою, отриманою під час подорожування або польоту на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажирів на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;

4.2.1.10. Заняттям Застрахованої особи будь-яким професійним спортом (якщо така подія відбулась під час змагань, відборів, включаючи підготовку і тренування);

4.2.1.11. Керуванням транспортним засобом Застрахованою особою, яка не має посвідчення на право керування транспортним засобом відповідної категорії (посвідчення водія).

4.2.2. Додатково до положень пункту 4.2.1 щодо Програм групового страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок смерті внаслідок Нещасного Випадку», «Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного Випадку з виплатою додаткової Страхової Суми у випадку сирітства» та «Страхування на випадок смерті/каліцтва/постійної та повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку» (в її частині, що стосується ризику смерті Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку) згідно з Договором Страхування будь-яка подія не визнається Страховим Випадком та Страхова виплата не здійснюється, якщо така подія прямо або опосередковано, повністю або частково спричинена або пов'язана із самогубством Застрахованої особи незалежно від її психічного стану.

4.2.3. Додатково до положень пункту 4.2.1 щодо Програм групового страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку», «Страхування на випадок смерті/каліцтва/постійної та повної непрацездатності внаслідок нещасного випадку» (в її частині, що стосується Каліцтва та/або Постійної та Повної Непрацездатності Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку), та «Страхування на випадок тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку» згідно з Договором Страхування будь-яка подія не визнається Страховим Випадком та Страхова виплата не здійснюється, якщо така подія прямо або опосередковано, повністю або частково спричинена або пов'язана зі спробою самогубства Застрахованої Особи або нанесенням Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень незалежно від її психічного стану.

4.2.4. Додатково до положень пункту 4.2.1 щодо Програм групового страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок тимчасової повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку» та «Страхування на випадок тимчасової повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби» згідно з Договором Страхування будь-яка подія не визнається Страховим Випадком та Страхова виплата не здійснюється, у разі:

4.2.4.1. Хвороби Застрахованої особи, прямо або опосередковано спричиненої ВІЛ-інфекцією та/або будь-яким пов'язаним захворюванням, включаючи СНІД (Синдром Набутого Імунодефіциту);

4.2.4.2. Проходження Застрахованою особою профілактичного або іншого медичного огляду, коли відсутні об'єктивні ознаки погіршення

нормального стану здоров'я;

4.2.4.3. Здійснення косметичних або інших аналогічних процедур будь-якого виду або проведення пластичних операцій, якщо вони не призначені лікарем у зв'язку із Нещасним Випадком, що стався протягом дії цих Програм;

4.2.4.4. Будь-якого лікування або оздоровлення в лікувальному центрі, медичному закладі або реабілітаційному центрі (післялікарняне лікування);

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

4.2.4.6. Госпіталізації/лікування/ хірургічного втручання з приводу вагітності Застрахованої особи, пологів, викидня або абортів, стерилізації, штучного запліднення, рестерилізації або лікування безпліддя, імпотенції, лікування алкоголізму або наркоманії, пологової травми, вродженої аномалії або спадкової хвороби, венеричних захворювань, психічних або нервових розладів, діагностична біопсія (за виключенням біопсії шкіри) або артроскопія, офіційно визнаних випадків пандемії.

4.2.4.7. Амбулаторного лікування хвороб зору, стоматологічного лікування та протезування зубів, якщо вони не призначені лікарем у зв'язку із Нещасним Випадком, що стався протягом дії цих Програм;

4.2.4.8. Кили, люмбаго або запалення сідничного нерва;

4.2.4.9. Спроби самогубства Застрахованої особи або нанесення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень незалежно від її психічного стану;

4.2.4.10. Будь-якого захворювання, хвороби або стану Застрахованої особи, що передує даті початку дії цих Програм.

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

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

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

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

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

5. СТРАХОВА ПРЕМІЯ, СТРАХОВИЙ ТАРИФ

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

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

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

6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВОЇ СУМИ ТА СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.10. Зміни та доповнення до Договору Страхування:

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

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

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

обмежень щодо конкретних Застрахованих осіб.

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

8. ПОРЯДОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

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

8.1.2. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, усі працівники віком не старше 65 років, які стали штатними працівниками, що працюють на повну ставку і мають у Страхувальника своє основне місце роботи, після дати початку дії Договору Страхування мають право на страхування з дня, зазначеного в Договорі Страхування як "дата набуття права на страхування", за умови, що такі працівники заповнили медичну анкету та пройшли медичне обстеження, якщо це вимагається Страховиком.

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

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

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

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

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

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

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

- Якщо працівника включено до групи Застрахованих осіб, або якщо відбулося будь-яке збільшення розміру його Страхової суми після дати початку дії Договору Страхування, то Страхова премія розраховується виходячи з кількості днів, що залишилися до закінчення строку дії Договору Страхування, віку, статі та стану здоров'я працівника. Стан здоров'я працівника визначається на підставі медичної анкети, заповненої працівником, та будь-яких інших медичних довідок, що вимагаються Страховиком;
- Якщо працівник припиняє трудові відносини із Страхувальником та його виключають з переліку групи Застрахованих осіб згідно Договору Страхування, після підписання Договору Страхування, то, якщо інше не передбачено Програмою страхування або Договором Страхування, використана частина Страхової премії розраховується виходячи з кількості днів, протягом яких працівник був застрахованим.

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

9. ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ Страховика, Застрахованої Особи та Страхувальника

9.1. Страхувальник має такі права:

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

9.2. Застрахована особа має такі права:

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

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

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

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

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

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

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

9.3. Страховик має такі права:

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

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

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

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

9.3.5. Страховик має право вимагати надання історії хвороби та інших медичних відомостей про Застраховану особу у медичних установах, які

надавали послуги Застрахованій особі, за умови, що Страховик сплачує витрати, пов'язані із отриманням такої інформації.

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

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

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

9.4. Страховальник зобов'язаний:

9.4.1. Своєчасно та в повному обсязі сплачувати Страхову премію відповідно до положень Договору Страхування.

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

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

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

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

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

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

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

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

9.6. Страховик зобов'язаний:

9.6.1. Ознайомити Страховальника з умовами та правилами страхування.

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

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

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

10. НАСЛІДКИ ВТРАТИ СТРАХУВАЛЬНИКОМ ПРАВ ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ

Якщо в період дії Договору Страхування Страховальник – юридична особа припиняється і встановлюються його правонаступники, права та обов'язки Страховальника, що випливають з Договору Страхування, переходять до його правонаступника/ правонаступників за згодою Страховика.

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

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

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

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

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

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

- 1) Заяви Застрахованої особи, Вигодонабувача або інших осіб, які мають право на отримання Страхових Виплат згідно з умовами Договору Страхування;
- 2) У випадку смерті - оригіналу свідоцтва про смерть або його нотаріально засвідченої копії, рішення суду та документів медичних установ або закладів судово-медичної експертизи, в яких визначено причину смерті, матеріали компетентних органів щодо визначення причин та обставин смерті;
- 3) У разі нещасного випадку – оригіналу акту про нещасний випадок або оригіналу довідки з лікарні, довідки з поліції;
- 4) У разі хвороби – оригіналу довідки з лікарні;
- 5) Для інших осіб, які мають право на отримання Страхових виплат - оригіналу свідоцтва про спадщину;
- 6) Пред'явлення документа, який посвідчує особу отримувача, а також довіреність або інший документ, що підтверджує повноваження діяти від імені отримувача Страхової виплати;
- 7) Інших документів, необхідних Страховику для підтвердження факту настання, обставин та причин, ступеню ушкоджень і наслідків Страхового Випадку.

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

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

12.1 Якщо інше не передбачено відповідною Програмою страхування та/або Договором Страхування, будь-яка виплата за Договором Страхування, в тому числі Страхова виплата, Викупна Сума та інші платежі, що підлягають виплаті Страховиком, може бути виплачена однією грошовою сумою. Страхова виплата на випадок дожиття Застрахованої особи до закінчення дії Договору Страхування за письмовою заявою особи, яка має право на отримання Страхової виплати, також може здійснюватися у такі форми:

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

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

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

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

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

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

Застрахованій особі або Вигодонабувачу перевищує такий мінімальний розмір.

12.1.6. У разі здійснення Страхової виплати однією грошовою сумою Страховик здійснює Страхові виплати після завершення перевірки всіх документів. Якщо така перевірка не завершена протягом 30 календарних днів з дня отримання Страховиком всіх необхідних документів, Страховик повідомляє у письмовій формі причини затримки, але цей термін затримки не повинен перевищувати 6 (шість) місяців. Якщо перевірка завершена, рішення про здійснення або відмову в здійсненні Страхових виплат ухвалюється Страховиком протягом 30 календарних днів з дня отримання останнього з усіх необхідних документів, що підтверджують факт, обставини та наслідки настання Страхового випадку. Рішення про здійснення Страхової виплати ухвалюється у вигляді складання страхового акту. Страховик здійснює Страхову виплату протягом 10 робочих днів з дня ухвалення відповідного рішення, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

12.1.7. Помилкова інформація щодо віку Застрахованої особи:

- 1) Якщо вік Застрахованої особи зазначено неправильно та таку помилку виявлено, коли така особа жива, відбувається коригування Страхової премії із застосуванням відсотку щодо різниці між сплаченими Страховими преміями та Страховими преміями, що мали б бути сплаченими, або Страховиком змінюється розмір Страхової суми відповідно до справжнього віку Застрахованої особи;
- 2) Якщо помилку в інформації щодо віку Застрахованої особи виявлено після її смерті, розмір Страхової виплати буде перераховано згідно зі справжнім віком Застрахованої особи та відповідно до розміру сплаченої Страхової премії;
- 3) Якщо виявлено, що Застрахована особа не відповідала вимогам Страховика щодо можливості страхування (не могла бути застрахована) в зв'язку з її фактичним віком, Договір Страхування щодо такої особи припиняється з моменту початку дії страхового покриття щодо такої особи. Події, що сталися з такою особою, не можуть бути визнані Страховим випадком за таким Договором Страхування, а Страхові премії, одержані Страховиком за страхування такої особи, повертаються Страхувальнику.

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

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІ ВИПЛАТІ

13.1. Якщо інше не узгоджено у Договорі Страхування, рішення про відмову у здійсненні Страхової виплати ухвалюється Страховиком протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання останнього з усіх необхідних документів, що підтверджують факт, обставини та наслідки настання Страхового випадку, та завершення Страховиком розслідування і повідомляється Страхувальнику, Застрахованій особі, Вигодонабувачеві або іншій особі, яка подала заяву про здійснення Страхової виплати, в письмовій формі, в тому числі електронною поштою, за погодженням із заявником, з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з дати ухвалення рішення про відмову у здійсненні Страхової виплати; при цьому також застосовуються положення п. 12.1.6 Правил страхування.

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

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

Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат також є:

- 1) навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача, спрямовані на настання Страхового Випадку. Такі дії не включають дії, пов'язані з виконанням громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 2) навмисна участь Застрахованої особи у злочинних діяннях та інших протиправних діяннях або порушення чи спроба порушити закон, або чинення опору Застрахованою особою під час затримання або арешту, що призвело до настання Страхового Випадку;
- 3) несвоєчасне повідомлення Страхувальником, Застрахованою особою або Вигодонабувачем про настання Страхового Випадку без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин та характеру Страхового Випадку.

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

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

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

14.1.1. Закінчення строку дії Договору Страхування;

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

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

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

14.1.5. На вимогу Страховика, якщо це передбачено у Договорі Страхування, – у разі, якщо кількість Застрахованих осіб менше 10 працівників або менше 75% від загальної кількості працівників Страхувальника. За таких обставин, Страховик повідомляє Страхувальника у письмовій формі не менше як за 30 (тридцять) днів до дати припинення дії Договору Страхування. Положення цього підпункту не застосовуються до програм страхування, що передбачають ризик дожиття Застрахованої особи на строк або дожиття Застрахованої особи до певного віку;

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

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

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

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

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

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

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

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

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

16.1. Форс-мажор

Сторони не несуть відповідальності за невиконання або затримку виконання будь-яких своїх зобов'язань згідно Договору Страхування, якщо це сталося внаслідок дії обставин поза контролем та волею сторін, включаючи, але не обмежуючись, страйки, катастрофи, війну, вторгнення, повстання, громадські безпорядки, бунт, пожежу, бурю, вибухи, виверження вулканів, за умови, однак, що такі події впливають на можливість належного виконання відповідних зобов'язань (далі – «форс-мажор») на період, що дорівнює тривалості дії таких обставин.

Наявність обставин форс-мажору і їхній характер повинні бути підтвержені шляхом надання відповідною стороною письмового свідчення, виданого Торгово-промисловою палатою України. Сторона, яка затримувала виконання або не виконує свої зобов'язання через обставини форс-мажору, має вжити всіх можливих заходів щоб зменшити вплив обставин форс-мажору.

16.2. Збори, платежі та податки

Будь-які податки та збори, встановлені чинним законодавством, які стосуються сплати Страхових премій або отримання Страхових виплат,

Викупної суми, Негарантованого Бонусу або Спеціального Фонду Індексації сплачуються відповідно до вимог чинного законодавства України. Страховик має право отримати такі податки та збори від Страхувальника згідно з чинним законодавством України.

16.3. Негарантований Бонус

16.3.1. Розмір Страхової суми та (або) Страхових виплат збільшується на Негарантований Бонус, який визначається Страховиком один раз на рік згідно з Законом України "Про Страхування", та розраховується як різниця між отриманим інвестиційним доходом від розміщення коштів відповідних резервів із страхування життя, та величиною інвестиційного доходу, визначеною згідно з Договором Страхування. Доля участі Страхувальника в частині різниці між отриманим інвестиційним доходом та величиною інвестиційного доходу, зазначеною в Договорі Страхування, встановлена на рівні не менше 85%. Негарантований Бонус розраховується в кінці кожного року, за умови, що Договір Страхування діяв та страхові послуги надавались протягом року, та базується на сумі математичного резерву згідно з Договором Страхування на кінець попереднього календарного року. Першою сумою математичного резерву для інвестування є сума, яка утворюється на кінець календарного року після першої річниці дії Договору Страхування. Негарантований Бонус, який може утворюватися на кінець попереднього календарного року, зменшується на суму Негарантованого Бонусу, отриману Страхувальником за рік, і також інвестується, а відповідний дохід визначається в порядку, описаному вище, і збільшується на величину інвестиційного доходу. Однак, якщо ставка доходу від інвестицій суми математичного резерву є меншою від величини інвестиційного доходу, тоді Негарантований Бонус розраховуватися не буде. Також, Негарантований Бонус, який може утворюватися на кінець попереднього фінансового року, буде зараховуватися на рівні не менше ніж 85% від ставки доходу, якщо інше не передбачено законодавством України. Виплата Негарантованого Бонусу здійснюється згідно з законодавством України.

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

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

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

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

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Голова Правління

 /Спадло-Коляно М. Б./
м.п.

Директор відділу по роботі
з фінансовими установами

 /Сиза Г.Є./



Програма групового страхування основних ризиків
Страхування на випадок смерті на певний строк**1. Право бути застрахованим за цією Програмою**

- 1.1. Право бути застрахованими за цією Програмою групового страхування основних ризиків Страхування на випадок смерті на певний строк (надалі – «Програма») мають працівники, молодші 60 (шістдесят) років, які Активно працюють, якщо інше не визначено умовами Договору Страхування.
- 1.2. Якщо інше не визначено Договором Страхування, в цілях Договору Страхування термін «працівник» використовується щодо працівників, які постійно та регулярно працюють повний робочий день за безстроковим трудовим договором на створеній Страхувальником посаді та на визначеній Страхувальником території, в офісі, що є прийнятним для Страховика в аспекті можливості надання страхового покриття.
- 1.3. Категорії/класи працівників, які можуть бути застраховані, встановлюються в Договорі Страхування.
- 1.4. Якщо працівник не є таким, що Активно працює на день початку страхування (набрання чинності Договором Страхування), початок його страхування буде відкладено до його повернення до Активної роботи, якщо інше не передбачено Договором Страхування.
- 1.5. Кожен працівник зобов'язаний на вимогу Страховика надати підтвердження своєї відповідності вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим, що є умовою набуття статусу Застрахованої особи. Дана вимога поширюється на раніше звільнених осіб, що наймаються Страхувальником повторно.

2. Страховий Випадок

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

3. Умови здійснення Страхової виплати

- 3.1. В разі смерті Застрахованої особи протягом строку дії цієї Програми щодо такої особи Страховик зобов'язується, за умови отримання документів, що підтверджують смерть цієї Застрахованої особи, здійснити Страхову виплату у розмірі Страхової суми, встановленої щодо такої Застрахованої особи згідно з умовами Договору Страхування.
- 3.2. Страхову виплату буде здійснено Вигодонабувачеві, якщо його призначено Застрахованою особою. В разі, якщо Вигодонабувача не було призначено Застрахованою особою, Страхову виплату буде здійснено відповідно до вимог чинного законодавства.
- 3.3. Додатково до умов п. 3.1 цієї Програми Страховик визнає Страховим Випадком та зобов'язується після отримання усіх необхідних документів здійснити Страхову виплату у розмірі Страхової суми, встановленої щодо Застрахованої особи відповідно до умов Договору Страхування, за умови виконання усіх перелічених нижче вимог:

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

4. Зміни в умовах страхування окремого працівника

- 4.1. Якщо умови страхування змінюються залежно від віднесення певного працівника до певної категорії або через зміну розміру заробітної плати, будуть застосовуватись такі положення:
 - 4.1.1. Страхувальник розподіляє осіб, які можуть бути застраховані, на категорії (залежно від займаних посад, аналогічних функціональних обов'язків) або класи за розміром заробітної плати, нікого не дискримінуючи при цьому. Такий розподіл не може бути змінений працівником.
 - 4.1.2. Віднесення застрахованих працівників до певної категорії або класу за розміром заробітної плати коригуватиметься автоматично відповідно до нового розміру заробітної плати або нового розподілу за категоріями на дату, визначену в Договорі Страхування. Виключенням є випадки збільшення розміру Страхової суми щодо працівника, який не є таким, що Активно працює на таку дату: щодо такого працівника зміни не наберуть чинності до моменту відновлення його статусу як такого, що Активно працює. Проте якщо протягом 31 (тридцяти одного) дня після зміни у заробітній платі або віднесення до певної категорії з більшою Страховою сумою Страхувальник не сплатить відповідну Страхову премію, необхідну для збільшення Страхової суми, якщо це вимагається, збільшення розміру Страхової суми буде дозволено у день, наступний за днем повернення до Активної роботи, за умови, що працівник надасть Страховикові підтвердження своєї відповідності вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим.

5. Припинення дії Програми

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

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Голова Правління

М.п.

Директор відділу по роботі
з фінансовими установами

/Сиза Г.Є./



Додаток 1-6

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

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

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

1. Визначення термінів

В умовах даної Програми наступні терміни матимуть наведені нижче значення:

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

2. Страховий Випадок

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Визначення розміру Страхових виплат

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

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

3.3. Варіанти розміру Страхових виплат

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

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

4. Підтвердження, необхідне для здійснення Страхової виплати

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

1) Довідку, видану МСЕК про встановлення групи інвалідності з зазначенням висновку про умови та характер праці або інший офіційний документ про встановлення групи інвалідності, встановленої уповноваженим органом відповідно до законодавства України, чинного на дату настання Страхового Випадку;

- 2) Медичну документацію, що розкриває причину інвалідності (виписка з медичної карти стаціонарного/амбулаторного хворого, довідка з лікувального закладу, направлення на МСЕК, або будь-які інші документи, видані МСЕК, тощо);
 - 3) Медичну карту амбулаторного хворого;
 - 4) Акт про нещасний випадок невиробничого/виробничого характеру (у випадку настання інвалідності внаслідок нещасного випадку);
 - 5) Інші документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання інвалідності на запит Страховика, враховуючи особливості конкретного Страхового Випадку;
 - 6) Довідку з місця роботи, що підтверджує статус працівника як такого, що є працівником Страхувальника.
- Всі документи, що надаються Страховику для підтвердження факту, причин та обставин Страхового Випадку, мають бути надані належним чином у оригіналі або у формі засвідчених у встановленому чинним законодавством України порядку копій (нотаріально або у закладі, що видавав документ).
- 4.2. Страховик має право робити запити до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ та організацій незалежно від форми власності, що володіють інформацією про причини та обставини Страхового Випадку, а також самостійно з'ясувати причини та обставини Страхового Випадку, які впливають на рішення Страховика під час ухвалення рішення щодо здійснення Страхової виплати.
 5. Припинення дії Програми
 - 5.1. Дія цієї Програми щодо окремого працівника припиняється:
 - 5.1.1. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли Договір Страхування припиняє свою дію;
 - 5.1.2. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли трудовий договір між працівником і Страхувальником припиняє свою дію;
 - 5.1.3. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли працівник перестає відноситись до групи осіб, що відповідають вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим;
 - 5.1.4. О 24 годині 00 хвилин за київським часом останнього дня, встановленого Страховиком для сплати Страхової премії за відповідного працівника;
 - 5.1.5. Наступного дня після закінчення періоду, визначеного Страховиком у вимозі (листі-нагадуванні) щодо сплати відповідної Страхової премії (її частини). Такий період не може бути меншим 1 (одного) місяця;
 - 5.1.6. Відмовою Страховика у здійсненні Страхової виплати через навмисно неправдиві або неповні відповіді працівника та/або Страхувальника на питання про предмет Договору Страхування та інші питання, поставлені Страховиком у письмовій формі;
 - 5.1.7. У випадку здійснення виплати 100% Страхової суми.
 - 5.2. Припинення дії цієї Програми щодо окремого працівника не призводить до припинення її дії щодо інших Застрахованих осіб за Договором Страхування.
 - 5.3. Невідповідність Застрахованої особи критеріям працівника, який Активно працює, буде мати ті самі юридичні наслідки (в тому числі ті, що зазначені в п.5.1 цієї Програми), що і припинення дії трудового договору між працівником і Страхувальником, якщо інше окремо не узгоджено між Страховиком і Страхувальником в Договорі Страхування.
 - 5.4. Страхувальник має право припинити дію цієї Програми не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до настання терміну сплати Страхової премії, шляхом надання письмової заяви Страховику, за умови що Договір Страхування зберігає чинність, якщо інше не передбачено Договором Страхування. В такому разі Страховик підтверджує факт припинення дії цієї Програми з ініціативи Страхувальника, оформивши відповідний Додаток до Договору Страхування.
 - 5.5. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику незаробленої частини додаткової Страхової премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Незароблена Частина Страхової премії - це частина додаткової Страхової премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою останнього дня оплаченого строку страхування.
6. Прикінцеві положення
 - 6.1. У випадку змін у законодавстві України щодо встановлення груп інвалідності Сторони можуть узгодити відповідні зміни в Договорі Страхування.
 - 6.2. Застрахованими особами за даною Програмою є повнолітні особи.
 - 6.3. Дія програми поширюється лише на штатних працівників Страхувальника та на осіб, що виконують роботи для Страхувальника на підставі цивільно-правових договорів, укладених із Страхувальником, що є такими як на момент укладання Договору Страхування, так і на момент настання Страхового Випадку, якщо інше окремо не узгоджено між Страховиком і Страхувальником в Договорі Страхування.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Голова Правління

М.П.

Директор відділу по роботі
з фінансовими установами

Ідентифікаційний
код 32189907

Спадло-Колоно /Спадло-Коляно М. Б./

Сиза /Сиза Г.Є./



Програма групового страхування життя на випадок тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку та Таблиця видів травм та тілесних ушкоджень

Предмет страхування

- 1.1. Положення цієї Програми складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Договорі Страхування (Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування тощо).
- 1.2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім'я та по батькові якої зазначаються у Страховому Полісі або у Додатку до Договору Страхування на письмову вимогу Страхувальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом дії Договору Страхування.
- 1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії зазначається у Страховому Полісі або у Договорі Страхування.
- 1.4. У разі настання Страхового Випадку Страховик здійснює Страхову Виплату за цією Програмою на користь Застрахованої Особи, якщо інше не передбачено Договором Страхування.
- 1.5. Будь-які Страхові Виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з Договором Страхування.

2. Визначення

В цій Програмі наведені нижче терміни матимуть таке значення:

- 2.1. Нещасний випадок - випадкова, зовнішня, насильницька, раптова, незалежна від Застрахованої Особи та інших обставин подія, спричинена зовнішніми факторами (механічними, тепловими, хімічними, електричними, радіоактивними тощо), що мала місце протягом строку дії Договору Страхування та спричинила тілесні ушкодження, як визначено цією Програмою. Усі інші події не вважатимуться Нещасним випадком згідно з умовами цієї Програми.
- 2.2. Травма – будь-яке погіршення стану здоров'я Застрахованої Особи, спричинене Нещасним випадком незалежно від того, чи призвело це до непрацездатності Застрахованої Особи.
- 2.3. Тілесне ушкодження – травма(и), або будь-які наслідки травми, що одержала Застрахована Особа, які зазначені в Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для тілесних ушкоджень та доповненнях до неї (пункт 4 цієї Програми).

3. Страховий Випадок та Страхова Виплата

- 3.1. Страховим Випадком за цією Програмою є розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, спричинений травмою та/або тілесним ушкодженням.
- 3.2. В разі настання Страхового Випадку Страховик здійснить Страхову Виплату у розмірі частини Страхової Суми, встановленої для відповідного тілесного ушкодження в Таблиці визначення розміру страхових виплат для травм та тілесних ушкоджень.
- 3.3. В разі отримання Застрахованою Особою декількох травм або ушкоджень, вказаних в різних розділах таблиці, загальний розмір Страхової Виплати розраховується шляхом підсумовування розмірів виплати по різних розділах.
- 3.4. В разі отримання Застрахованою Особою декількох травм або ушкоджень, вказаних в різних статтях одного розділу, розмір Страхової Виплати по одній статті розраховується незалежно від розміру Страхової Виплати по інших статтях.
- 3.5. В разі отримання Застрахованою Особою травм або ушкоджень (в т.ч. однієї кінцівки) за декількома пунктами, перерахованими в одній статті, Страхова Виплата здійснюється лише по пункту, що враховує найбільш важке ушкодження (більший відсоток виплати), якщо інше не вказано в примітках до цієї статті. В разі проведення Застрахованій Особі декількох операцій, обумовлених отриманою травмою або ушкодженням, вказаних в одній статті, Виплата здійснюється за операцію, що передбачає найбільший відсоток Виплати.
- 3.6. В разі отримання Застрахованою Особою травм або ушкоджень різних кінцівок Страхова Виплата розраховується окремо по кожній пошкодженій кінцівці з дотриманням вимог пункту 3 цих умов (цієї Програми).
- 3.7. Якщо у зв'язку з отриманою травмою проводилися оперативні втручання, Страхова Виплата здійснюється одноразово у відповідності з таблицею і з дотриманням вимог пункту 3.5.
- 3.8. Не здійснюється додаткова Страхова Виплата за такі оперативні втручання:
- первинна хірургічна обробка (ушивання країв рани, посічення некротичних ділянок);
 - видалення чужорідних тіл, шовного матеріалу;
 - повторні планові оперативні втручання, пов'язані з видаленням раніше встановлених фіксуючих пластин, штифтів, шурупів, дренажів.

- 3.9. При переломах і вивихах (підвивихах) кісток, розривах зчленувань (включаючи синдесмози) для вживання відповідних стегей Таблиці 4.1. Страховик має право вимагати рентгенологічне підтвердження вказаних пошкоджень.

- 3.10. Страхова Виплата у зв'язку з вивихом кістки, вправленим медичним працівником без попередньої рентгенографії, може бути проведена лише у виняткових випадках - за наявності підтверджуючого медичного документа, що зазначає причини, через які не могло бути проведено рентгенівське дослідження, містить опис об'єктивних симптомів, характерних для конкретного вигляду вивиху, і методики, що застосовувалася при його вправленні.

- 3.11. Повторні переломи (рефрактури) однієї і тієї ж кістки, що настали в результаті травми, отриманої в період дії Договору Страхування, дають підставу для Страхової Виплати лише в тому випадку, якщо по представлених рентгенограмах будуть встановлені: 1) зрощення відламків кістки після закінчення лікування попередньої травми, 2) наявність нової лінії (ліній) перелому кістки на рентгенограмах, зроблених після повторної травми.

- 3.12. При визначенні розміру Страхової Виплати з врахуванням строку безперервного лікування, коли це передбачено відповідною статтею Таблиці 4.1., враховується лише призначене медичним працівником (що має на це право) лікування, тривалість якого відповідає характеру пошкодження (згідно з затвердженим МОЗ підходом до лікування), отриманого Застрахованою Особою, - з періодичним (не рідше за один раз в 10 днів) контролем ефективності лікування (при призначенні на прийом або відвідинах медичним працівником).

- 3.13. При патологічних переломах і вивихах кісток, Страхова Виплата здійснюється лише в тому випадку, якщо захворювання, що послужило їх причиною, розвинулося і було вперше діагностовано в період дії Договору Страхування. Розмір Страхової Виплати при цьому зменшується на 50% в порівнянні з розміром, передбаченим Таблицею 4.1. для переломів і вивихів здорових кісток (включаючи виплати, пов'язані з їх лікуванням).

- 3.14. При розрахунку Страхової Виплати встановлюється, що 1% поверхні тіла обстежуваного дорівнює площині поверхні долоні його кисті й пальців. Ця площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом перемноження довжини кисті, що вимірюється від променезапястного суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця на її ширину, що вимірюється на рівні гілок II-V п'ясних кісток (без урахування I пальця).

- 3.15. Таблиця 4.1. не застосовується і Виплати за цією Програмою не здійснюються в тих випадках, коли факт отримання того або іншого ушкодження в період дії Договору Страхування встановлений тільки на підставі повідомлень і скарг зацікавлених у виплатах осіб, навіть якщо подібні повідомлення і скарги зафіксовані письмово, в т.ч. в медичних документах.

4. Таблиця визначення розміру Страхових Виплат для травм та тілесних ушкоджень

- 4.1. Таблиця загальних травм та тілесних ушкоджень:

№	Стаття	Травми та тілесні ушкодження внаслідок нещасного випадку	Розмір страхової виплати (% від
---	--------	--	---------------------------------

			страхової суми)
		Черепно-мозкова травма, нервова система	
1	1.	Перелом кісток черепа: г) скріплення і основи	25
2	3.	Ушкодження головного мозку: д) розмізчування речовини головного мозку (без опису симптоматики)	50
		Органи зору	
3	17.	Ушкодження ока (очей) , що призвело до повної втрати зору єдиного ока або обох очей, які мали зір не нижче 0,2.	100
		Хребет	
4	62.	Перелом, перелоמו-вивих або вивих тіл, дужок, суглобових відростків хребців (за винятком крижів та куприка): в) семи і більше	40
		Ліктьовий суглоб	
5	73.	Ушкодження ділянки ліктьового суглоба: д) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками.	20
		Передпліччя	
6	76.	Незрошений перелом (псевдосуглоб) кісток передпліччя: б) двох кісток Примітки: Страхова виплата за ст. 76 проводиться, якщо це ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичному закладі по закінченні 9 місяців після травми й підтверджене довідкою цього закладу.	20
7	77.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до: а) ампутації передпліччя на будь-якому рівні б) екзартикуляції у ліктьовому суглобі в) ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки передпліччя проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово. 2. Якщо страхова виплата проводиться за статтею 77, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	50 55 100
		Кисть	
8	81.	Ушкодження кисті, що призвело до: б) втрати всіх пальців, ампутації на рівні п'яних кісток зап'ястя або променевоzap'ястного суглоба в) ампутації єдиної кисті	65 100
		Таз	
9	89.	Ушкодження таза, що призвели до відсутності рухів у тазостегнових суглобах: а) у одному суглобі б) у двох суглобах Примітка: страхова виплата у зв'язку з порушенням функції тазостегнового суглоба (суглобів) проводиться за ст. 89, у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми і підтверджена довідкою цього закладу.	20 40
		Нижня кінцівка. Тазостегновий суглоб	
10	90.	Ушкодження тазостегнового суглоба: б) ізольований відрив вертела (вертелів), черезвертельний (міжвертельний) перелом стегна в) вивих стегна г) перелом головки, шийки, проксимального метафіза стегна Примітки: 1. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження тазостегнового суглоба, страхова виплата проводиться у відповідності до одного з пунктів, який передбачає найважчі ушкодження. 2. Якщо у зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.	10 10 25
		Стегно	
11	92.	Перелом стегна: а) на будь-якому рівні, за винятком ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина) б) подвійний перелом стегна	20 30
12	93.	Перелом стегна, що призвів до утворення незрошеного перелому Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки стегна проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово. 2. Страхова виплата за ст. 93 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення буде встановлено в лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 9 місяців від дня травми і підтверджене довідкою цього закладу.	30
13	94.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації кінцівки на будь-якому рівні стегна: а) однієї кінцівки б) єдиної кінцівки Примітка: якщо страхова виплата була проведена за ст. 94, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	70 100
		Колінний суглоб	
14	95.	Ушкодження ділянки колінного суглоба: в) перелом: надколінника, міжвиросткового підвищення, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки, виростків стегна, черезвиростковий (надвиростковий) перелом стегна, розрив зв'язок, що вимагав оперативного лікування г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з головкою малогомілкової	10 15

		д) вивих гомілки є) перелом дистального метафіза стегна ж) перелом дистального метафіза, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток	15 20 25
		Примітки: 1. При поєднанні різних ушкоджень колінного суглоба, страхова виплата проводиться одноразово у відповідності до одного з пунктів ст. 95, що передбачає найтяжче ушкодження. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки колінного суглоба проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово).	
		Гомілка	
15	97.	Перелом кісток гомілки (за винятком ділянки суглобів) : в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 97 визначається при: - переломах ділянки великогомілкової кістки на будь-якому рівні; - переломах великогомілкової кістки в ділянці ділянки (верхня, середня, нижня третина) та переломах малоомілкової кістки у верхній або середній третині	15
16	99.	Травматична ампутація або ушкодження, що призвело до: а) ампутації гомілки на будь-якому рівні б) екзартикуляції в колінному суглобі в) ампутації єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки Примітки: якщо страхова виплата була проведена у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	50 60 100
		Стопа	
17	103.	Ушкодження стопи: в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яркової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих в поперековому суглобі стопи (Шопара) або передплюсне-плюсньовому суглобі (Лісфранка)	15
		Примітки: Якщо у зв'язку з переломом або вивихом кісток проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово. При переломах або вивихах кісток стопи, які настали внаслідок різних травм, страхова виплата проводиться з урахуванням факту кожної травми.	

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

Термічні та хімічні опіки			
1	116.	Ушкодження площею від 21 % до 59 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (ШБ, IV ступеня) до 40 % поверхні тіла	25
2	117.	Ушкодження площею від 60 % і більше поверхні тіла, у тому числі глибокі (ШБ, IV ступеня) від 40 % поверхні тіла та більше	45
		*Примітка: страхова виплата по опіковій хворобі наведена у ст. 60	
		Примітка: отримання внаслідок травми рани до 2 кв. см та глибиною до підшкірної клітковини не дає підстав для здійснення страхової виплати.	

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

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

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

5. Виключення зі Страхових Випадків та обмеження страхування

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

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

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

5.3.1. Порушення Застрахованою Особою правил техніки безпеки праці, правил протипожежної безпеки, правил дорожнього руху;

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

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

5.3.4. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності, а також несприятливі наслідки діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу Страхового Випадку, який стався в період дії Договору страхування;

5.4. Страхову Виплату буде здійснено за умови, що Страховий Випадок мав місце протягом дії цієї Програми.

6. Письмова заява про настання Страхового Випадку

6.1. Письмова заява має бути подана Страховику не пізніше, ніж протягом 3 (трьох) календарних днів після настання випадку, який може бути визнаний Страховим Випадком згідно з цією Програмою, якщо інше не передбачено Договором страхування. У разі наявності поважних причин, що перешкоджають поданню такого повідомлення та які пов'язані зі станом здоров'я Застрахованої Особи або іншими обставинами, Страховик може вимагати підтвердження таких причин шляхом надання Застрахованою Особою/Страховальником відповідних офіційних документів.

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

6.3. Виписка з медичної карти стаціонарного хворого із зазначенням точного діагнозу, виписний епікриз, інші документи, які містять всі медичні записи та документи щодо проведеного лікування, та інші документи, що підтверджують факт, обставини та наслідки Страхового Випадку, мають бути надані Страховику 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 що Програму не було введено в дію та включено до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у Договорі Страхування або відповідному Додатку до Договору Страхування.

Договір Страхування, що включає дану програму, укладається у письмовій формі. Договір Страхування також вважається укладеним у письмовій формі, якщо укладання відбулося шляхом електронного підпису, в тому числі за допомогою інформаційно-телекомунікаційних систем.

8. Припинення дії Програми

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

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

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

8.3.1. Якщо Застраховану Особу визнано психічно хворою; або

8.3.2. Страхова Премія за цією Програмою або Програмою страхування основних ризиків не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду, якщо інше не передбачено Договором Страхування; або

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

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

9. Прикінцеві положення

9.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил щодо:

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

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

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

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

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

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

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

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Голова Правління

М.П.

Директор відділу по роботі
з фінансовими установами

Ідентифікаційний
код 32109907

/Сиза Г.Є./



Спадло-Коляно /Спадло-Коляно М. Б./

Програма групового страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок критичного захворювання

1. Страхувальний випадок

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

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

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

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

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

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

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

2. Визначення

2.1. У цій Програмі використовуються такі визначення:

2.1.1. Рак:

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

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

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

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

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

2.1.2. Інфаркт Міокарду:

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

1) Типовий біль за грудиною в анамнезі;

2) Свіжі зміни на електрокардіограмі (ЕКГ), що свідчать про наявність інфаркту;

3) Діагностично значуще, суттєве підвищення рівня ферменту серцевого м'язу;

4) Діагностично значуще підвищення рівня Тропоніну (Т або І);

5) Визначена через 3 місяці або більше після випадку фракція викиду лівого шлуночка менш ніж 50%;

6) Гостре порушення скорочувальної функції м'язів.

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

1) Наявність постійних неврологічних порушень, які підтверджуються лікарем-неврологом не менш ніж через 6 тижнів після випадку;

2) Дані магнітно-резонансної томографії, комп'ютерної томографії або іншого достовірного візуального методу дослідження, що відповідають діагнозу нового інсульту.

Такі стани є виключенням:

1) Транзиторні ішемічні атаки;

2) Ураження головного мозку внаслідок нещасного випадку або травми, інфекції, васкуліту або запального процесу;

3) Захворювання судин з ураженням ока або зорового нерву;

4) Ішемічні порушення вестибулярної системи;

5) Оборотно ішемічне неврологічне порушення (напад).

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

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

2.1.6. Трансплантація життєво важливих органів/трансплантація кісткового мозку:

Пересадка Застрахованій Особі:

1) Кісткового мозку людини, при якій використовуються гемопоетичні стовбурові клітини після повного видалення (екстирації) кісткового мозку; або

2) Одного з таких органів людини: серця, легень, печінки, нирки, підшлункової залози, що є наслідком незворотної кінцевої стадії недостатності відповідного органу.

Інші трансплантації стовбурових клітин є виключенням.

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

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

Ушкодження, що завдані самому собі, є виключенням.

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

Малоінвазивні або внутрішньоартеріальні методики є виключенням.

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

2.1.11. Розсіяний склероз (достовірне виявлення розсіяного склерозу).

Діагноз повинен бути підтверджений усіма наведеними нижче ознаками:

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

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

2.1.12. Термінальна стадія печінкової недостатності:

Термінальна стадія печінкової недостатності, що підтверджується наведеним нижче:

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

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

2.1.13. Глухота (втрата слуху): Повна та невідновна втрата слуху на обидва вуха внаслідок нещасного випадку або хвороби. Цей діагноз має бути підтверджений результатами аудіометрії або тестів на визначення звукового порогу (sound - threshold tests), та засвідчений висновком лікаря - оториноларинголога (ЛОР - лікаря).

Термін «повна» – означає втрату щонайменше 80 децибел на всіх частотах слухового сприйняття.

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

2.1.15. Хвороба Паркінсона (віці до 65 років):

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

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

Види щоденної життєдіяльності:

- Миття – здатність митися у ванні або душі (включаючи можливість увійти в та вийти з ванни або душі) або миття належної якості за допомогою інших засобів;
- Вдягання – спроможність безпечно надіти та зняти, послабити (розстігнути, розв'язати) усі предмети одягу та, як належно, усі застібки, штучні кінцівки та інші хірургічні пристосування;
- Пересування – здатність пересуватися від ліжка до стільця або інвалідного візка і навпаки;
- Мобільність – здатність рухатися в приміщенні з кімнати до кімнати по рівних поверхнях;
- Відвідування туалету – здатність користуватися туалетом або інакше контролювати функції кишечника та сечового міхура так, щоб підтримувати задовільний рівень особистої гігієни;
- Харчування – здатність приймати їжу самостійно за умови її готовності та досяжності.

Паркінсонізм, викликаний наркотичними речовинами або отруєнням, є виключенням.

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

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

Наведене нижче є виключенням:

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

2.1.17. Доброякісна пухлина головного мозку:

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

- 1) Є загрозою для життя;
- 2) Заподіяла ушкодження головного мозку;
- 3) Пухлина видалена хірургічним шляхом або, в разі, якщо пухлина не підлягає хірургічному видаленню, призвела до постійного неврологічного дефіциту;
- 4) Наявність пухлини має бути засвідчена лікарем-неврологом або нейрохірургом, а також підтверджена результатами магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ), або інших достовірних візуальних методів діагностики.

Наведене нижче є виключенням:

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

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

Енцефаліт, викликаний ВІЛ-інфекцією, є виключенням.

2.1.19. Бактеріальний менінгіт: Бактеріальна інфекція, що призводить до тяжкого запалення оболонок головного мозку або спинного мозку, результатом якого є виражений незворотний та постійний неврологічний дефіцит. Неврологічний дефіцит має безперервно тривати не менше 6 (шести) тижнів. Цей діагноз має бути підтверджений:

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

Бактеріальний менінгіт за наявності ВІЛ-інфекції є виключенням.

2.1.20. Тяжка травма голови: Травма голови внаслідок нещасного випадку, що призводить до постійного неврологічного дефіциту, який має бути оцінений не раніше ніж через 6 (шість) тижнів від дати нещасного випадку. Цей діагноз має бути засвідчений лікарем-неврологом і підтверджений однозначними результатами магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ), або іншими достовірними

візуальними методами діагностики. Нещасний випадок має бути спричинений виключно та безпосередньо випадковими, насильницькими, зовнішніми і очевидними засобами та бути незалежним від всіх інших причин.

Наведене нижче є виключенням:

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

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

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

Діагноз має бути підтверджений висновком лікаря-гематолога.

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

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

Цей діагноз повинен бути підтверджений лікарем-пульмонологом.

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

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

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

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

2.1.25. Фульмінантний гепатит:

Субмасивний або масивний некроз печінки викликаний вірусом гепатиту, що приводить до стрімкого розвитку печінкової недостатності. Цей діагноз має бути підтверджений усім з перерахованого нижче:

- 1) Стрімке зменшення розміру печінки;
- 2) Некроз із залученням цілих часточок, що залишає тільки ретикулярну строму, що спалася;
- 3) Стрімке погіршення функціональних тестів печінки;
- 4) Прогресуюча жовтяниця;
- 5) Печінкова енцефалопатія.

2.1.26. Первинна легенева гіпертензія:

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

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

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

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

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

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

2.1.27. Смертельні хвороби: Заключний діагноз хвороби, яка очікувано призводить до смерті Застрахованої Особи протягом 12 місяців. Цей діагноз має бути підтверджений фахівцем та засвідчений лікарем-консультантом, призначеним Компанією. Смертельні хвороби за наявності ВІЛ-інфекції є виключенням.

2.1.28. Поліомієліт: Виникнення поліомієліту, що відповідає наведеним нижче умовам:

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

2.1.29. Апатичний синдром: Розповсюджений некроз кори головного мозку з непошкодженим стовбуром головного мозку. Цей діагноз має бути чітко підтверджений лікарем-неврологом профільного медичного закладу. Тривалість цього стану не менше 1 (одного) місяця має бути підтверджена медичними документами.

2.1.30. Інші тяжкі захворювання коронарних артерій:

Звуження просвіту як мінімум однієї коронарної артерії не менш ніж на 75% та двох інших не менш ніж на 60%, що підтверджено результатами коронарної артеріографії, незалежно від того, чи було виконане будь-яке хірургічне втручання на коронарній артерії.

В даному випадку під коронарною артерією мається на увазі ліва коронарна артерія, ліва передня низхідна, огинаюча та права коронарна артерія. Діагноз має бути підтверджений всіма наведеними нижче умовами:

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

2.1.31. Прогресуюча склеродермія: Системне судинно-колагенове захворювання, що викликає прогресуючий дифузний фіброз шкіри, кровоносних судин та внутрішніх органів. Цей діагноз має бути безсумнівно та однозначно підтверджений результатами біопсії нирок, і відповідно до ВООЗ класифікації). Заключний діагноз має бути засвідчений сертифікованим лікарем-ревматологом, лікарем-імунологом, або лікарем-нефрологом.

Наведене нижче є виключенням:

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

2.1.32. Системний червоний вовчак з люпус-нефритом: Полісистемне, поліфакторіальне, аутоімунне захворювання, яке характеризується утворенням ауто-антитіл до власної ниркової тканини. В даній Програмі системний червоний вовчак обмежений такими формами системного червоного вовчача, які протікають з залученням нирок (з III по V клас люпус-нефриту, який підтверджений результатами біопсії нирок, і відповідно до ВООЗ класифікації). Заключний діагноз має бути засвідчений сертифікованим лікарем-ревматологом, лікарем-імунологом, або лікарем-нефрологом.

Класифікація люпус-нефриту за ВООЗ:

Клас I: Люпус-гломерулонефрит з мінімальними змінами;
 Клас II: Мезангіальний люпус-гломерулонефрит;
 Клас III: Фокальний сегментарний проліферативний люпус-гломерулонефрит;
 Клас IV: Дифузний проліферативний люпус-гломерулонефрит;
 Клас V: Мембранозний люпус-гломерулонефрит;
 Клас VI: Розвинутий склеротичний люпус-гломерулонефрит.

3. Розміри Страхової виплати та Період очікування

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- дотримання усіх інших умов Програми та Правил; та

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

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

4. Виключення зі Страхових Випадків

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

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

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

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

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

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

Втрата мовлення (згідно з п.2.1.24 цієї Програми)	Виключень немає
Блискавичний вірусний гепатит (згідно з п.2.1.25 цієї Програми)	Усі хвороби/стани є виключенням
Первинна легенева гіпертензія (згідно з п.2.1.26 цієї Програми)	2.1.26
Смертельна невиліковна хвороба (згідно з п.2.1.27 цієї Програми)	Усі хвороби/стани є виключенням
Поліомієліт (згідно з п.2.1.28 цієї Програми)	2.1.27
Апалічний синдром (згідно з п.2.1.29 цієї Програми)	2.1.2
Інші тяжкі захворювання коронарних артерій (згідно з п.2.1.30 цієї Програми)	2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.6, 2.1.7, 2.1.9, 2.1.30
Склеродермія, що прогресує (згідно з п.2.1.31 цієї Програми)	2.1.1, 2.1.3, 2.1.5, 2.1.19, 2.1.31
Системний червоний (еритематозний) вовчак (згідно з п.2.1.32 цієї Програми)	2.1.4, 2.1.6, 2.1.12, 2.1.25

5. Страховий Тариф

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

6. Письмове повідомлення про настання Страхового Випадку

6.1. Повідомлення про настання подій, зазначених в пунктах 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3 та 1.2.4 цієї Програми, повинно бути надано Страховикові в письмовій формі протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати встановлення відповідного діагнозу або дати проведення хірургічної операції у зв'язку з відповідними хворобами. В цілях цієї Програми таке письмове повідомлення буде вважатись належним за умови, що воно надано разом з документами, на підставі яких Застрахована особа може бути ідентифікована. Після отримання повідомлення про настання Страхового Випадку Страховик надає заявнику форми, перелік документів та інформації, яку необхідно надати Страховику для одержання Страхової виплати. Вся інформація, що вимагається Страховиком для ухвалення рішення щодо здійснення Страхової виплати, повинна бути надана протягом 30 (тридцяти) днів з дати встановлення діагнозу або з дня виписки у випадку госпіталізації.

6.2. Якщо Застрахована особа не надає необхідну інформацію без поважних на це причин протягом часу, встановленого в пункті 6.1 цієї Програми, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової виплати.

7. Початок дії Програми

7.1. Датою початку дії цієї Програми буде дата початку дії основної програми групового страхування життя щодо Застрахованої Особи, якщо тільки ця Програму не було введено в дію та додано до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.

8. Припинення дії Програми

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

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

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

8.3. Додатково до умов Правил дія цієї Програми щодо відповідної Застрахованої особи припиняється, якщо:

8.3.1. Застраховану особу визнано психічно хворою; або

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

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

8.3.4. На момент початку дії Програми Застрахованій особі виповнилося 65 (шістдесят п'ять) років, якщо інше не передбачено Договором Страхування; або

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

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

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

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

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

9. Надання неповної інформації

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

9.2. Будь-які навмисно неправдиві або неповні відповіді працівника та/або Страхувальника на питання про предмет Договору Страхування та інші питання, поставлені Страховиком у письмовій формі, або їх приховування у вищезазначеній анкеті є підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхових виплат щодо такої Застрахованої особи. Програма страхування, яка була надана на підставі такої анкети, припиняє свою дію або визнається недійсною щодо такої Застрахованої особи з дати початку дії Програми. В такому разі зобов'язання Страховика обмежуються зобов'язанням повернути Страхові премії, сплачені щодо такої Застрахованої особи з початку дії Програми за вирахуванням будь-яких зобов'язань Страхувальника за Договором Страхування.

9.3. В разі з'ясування Страховиком після отримання Заяви про здійснення Страхової виплати, що причиною Страхового Випадку, був факт, подія, обставина або захворювання, про які Страховик не дізнався через навмисно неправдиву інформацію, неправдиве свідчення, приховування даних щодо Застрахованої особи в анкеті на укладання Договору Страхування, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової виплати, дія Програми щодо такої Застрахованої особи негайно достроково припиняється та Страховик зобов'язаний повернути незароблену премію (якщо така є).

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

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Голова Правління

М.П.

Директор відділу по роботі з фінансовими установами

/Сиза Г.Є./



До Договору добровільного комплексного страхування життя платника комунальних платежів № 15052018 від 17 січня 2020р.
(редакція чинна з «22» січня 2020 року)

Витяг

з Правил Добровільного страхування життя Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «УНІКА Життя» (нова редакція), зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 19.13.2008 року, із змінами та доповненнями, зареєстрованими 28.01.2010 року та 20.06.2013 року.

Правила добровільного страхування життя (нова редакція)

Зареєстровані Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 19.11.2008 року, із змінами та доповненнями, зареєстрованими 28.01.2010 року та 20.06.2013 року

Визначення термінів

В цих Правилах використовуються нижченаведені терміни:

Андеррайтер – представник Страховика, спеціаліст в галузі страхування, який має повноваження щодо прийняття на страхування запропонованих ризиків, визначення тарифних ставок та конкретних умов Договору страхування, виходячи із норм страхового законодавства та економічної доцільності.

Анкета про стан здоров'я Застрахованої особи – невід'ємна частина Заяви на страхування, яка підлягає заповненню Застрахованою особою, та містить питання щодо стану її здоров'я. Відповіді Застрахованої особи на питання Анкети про стан здоров'я Застрахованої особи є важливими для прийняття Страховиком рішення про можливість укладення із Заявником Договору страхування та визначення його умов, тому обов'язково мають бути повними і правдивими.

Вигодонабувач – юридична або фізична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладанні Договору страхування для одержання Страхової виплати у разі настання Страхового випадку. В період дії Договору страхування до настання Страхового випадку, Страхувальник, за згодою Застрахованої особи, має право змінити особу Вигодонабувача, повідомивши про це Страховика письмово.

Викупна сума – грошова сума, яка підлягає виплаті Страхувальнику при достроковому припиненні дії Договору страхування у випадках, визначених цими Правилами та розраховується актуарно, згідно з Додатками до цих Правил.

Договір страхування – письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання, у разі настання Страхового випадку, здійснити Страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу або їх спадкоємцям за законом), а Страхувальник зобов'язується сплачувати Страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

Застрахована особа – фізична особа віком від дня народження до 75 років (якщо інше не передбачене відповідною Програмою страхування), страхування якої є предметом Договору страхування, і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Заява на страхування – заповнений та підписаний Заявником документ встановленої Страховиком форми, який містить інформацію, необхідну для визначення умов укладення між Страховиком і Заявником Договору страхування (в т.ч. інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи) та підтверджує згоду Заявника з умовами цих Правил. Невід'ємною частиною Заяви на страхування є Анкета про стан здоров'я Застрахованої особи. Заява на страхування є для Страховика підставою для укладення Договору страхування з Заявником.

Заявник – юридична або фізична особа, яка має намір укласти зі Страховиком Договір страхування та, з цією метою, заповнила, підписала та надала Страховику Заяву на страхування.

Компетентні органи – державні органи (установи, організації), до компетенції яких, згідно чинного законодавства України, належить визначення фактів та/або обставин подій, які вважаються Страховими випадками відповідно до цих Правил, та оформлення (засвідчення) відповідних підтверджуючих документів.

Програма страхування – встановлений Страховиком перелік умов страхування, які є основою для укладання Договору страхування. Програми страхування наведено у Додатках, які є невід'ємною частиною цих Правил.

Редукована страхова сума – зменшена страхова сума, в межах якої продовжує діяти Договір страхування життя, розрахована Страховиком в односторонньому порядку у відповідності з цими Правилами, у випадку припинення сплати Страхувальником чергових Страхових платежів.

Страхова виплата – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні Страхового випадку.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору страхування, зобов'язаний здійснити виплату при настанні Страхового випадку. Розмір Страхової суми визначається за згодою між Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування.

Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася, і з настанням якої виникає зобов'язання Страховика здійснити виплату Страхової суми Страхувальнику (якщо він одночасно є Застрахованою особою), Застрахованій особі або іншій третій особі (Вигодонабувачу або спадкоємцю Застрахованої особи) згідно з умовами Договору страхування.

Страховий період – визначений Договором страхування проміжок часу, за який встановлюється розмір Страхового платежу. Як правило, Страховий період приймається рівним 365 або 366 календарним дням.

Страховий платіж (внесок, премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний вносити Страховику згідно з умовами Договору страхування.

Страховий поліс – документ, що посвідчує факт укладення Договору страхування та є його формою.

Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування, і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

Страховий тариф – ставка Страхового платежу з одиниці Страхової суми за визначений період страхування.

Страховик – Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «УНІКА Життя», що створене за законодавством України та має ліцензію на здійснення страхування життя.

Страхувальник – юридична або дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

1. Загальні положення

1.1. На підставі цих Правил Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «УНІКА Життя» (далі – Страховик) укладає Договори добровільного страхування життя (далі – Договори страхування) зі Страхувальниками.

1.2. Страхувальник може укласти Договір страхування власного життя або життя третьої особи (Застрахованої особи), за її згодою. Якщо Страхувальник уклав Договір страхування власного життя, то він водночас є Застрахованою особою.

1.3. Страхувальник, за згодою Застрахованої особи, може призначити Вигодонабувача для отримання Страхової виплати у випадку настання смерті Застрахованої особи.

1.4. Застрахована особа може набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням Застрахованої особи.

2.2. Застрахованими особами, згідно з цими Правилами, можуть бути фізичні особи віком від дня народження до 75 років, якщо інше не передбачено відповідними Програмами страхування (Додатки до цих Правил).

2.3. Особами, застрахованими згідно з цими Правилами, не можуть бути: інваліди I або II групи інвалідності; особи, які мають онкологічні захворювання, та/або тяжкі форми захворювання серцево-судинної системи та/або ниркову недостатність; особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах із профілактики та боротьби зі СНІДОМ; особи, які вживають наркотичні (токсичні) речовини з метою наркотичного (токсичного) отруєння; особи, які страждають алкоголізмом; особи, які перебувають у місцях позбавлення волі.

У виняткових випадках, Страховик може прийняти рішення про страхування осіб, зазначених в першому абзаці цього пункту.

3. Страхові ризики, страхові випадки. Виключення із страхових випадків і обмеження страхування

- 3.1.** Страховими ризиками, в залежності від умов відповідної Програми страхування, можуть бути:
- 3.1.1.** Смерть Застрахованої особи, яка сталася протягом всього строку дії Договору страхування.
 - 3.1.2.** Дожиття Застрахованої особи до закінчення дії Договору страхування та досягнення Застрахованою особою віку, визначеного Договором страхування. Під дожиттям або досягненням віку розуміється факт дожиття Застрахованої особи до 00.00 годин дня, наступного за днем, визначеним в Договорі страхування.
- Події, зазначені в пунктах 3.1.1 – 3.1.2 цих Правил, в подальшому вважатимуться Основними страховими ризиками.
- 3.2.** Умови Договору страхування можуть, додатково до ризиків, зазначених у п. 3.1. цих Правил, передбачати обов'язок Страховика здійснити Страхові виплати у разі настання протягом строку дії Договору страхування наступних Страхових випадків (Додаткове страхування):
- 3.2.1.** Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
 - 3.2.2.** Інвалідність Застрахованої особи в результаті нещасного випадку (інвалідність I, II, III групи);
 - 3.2.3.** Певний ступінь стійкої втрати професійної працездатності Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
 - 3.2.4.** Критичне захворювання Застрахованої особи;
 - 3.2.5.** Інвалідність I або II групи Застрахованої особи.
 - 3.2.6.** Смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби;
 - 3.2.7.** Травматичні тілесні ушкодження, отримані Застрахованою особою;
 - 3.2.8.** Тимчасова втрата працездатності Застрахованою особою;
 - 3.2.9.** Інвалідність Застрахованої особи внаслідок хвороби;
 - 3.2.10.** Інвалідність Застрахованої особи з будь-якої причини;
 - 3.2.11.** Госпіталізація Застрахованої особи;
 - 3.2.12.** Хірургічне втручання в організм Застрахованої особи;
 - 3.2.13.** Тяжкі тілесні ушкодження, отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку;
 - 3.2.14.** Постійна повна втрата працездатності Застрахованою особою;
 - 3.2.15.** Постійна часткова втрата працездатності Застрахованою особою.
- Події, зазначені в пунктах 3.2.1 – 3.2.5 цих Правил, в подальшому вважатимуться Додатковими страховими ризиками. Взаємовідносини між Страховиком і Страхувальником при страхуванні від Додаткових страхових ризиків регулюються умовами, викладеними в Додатках 7 - 9 та 12 до цих Правил.
- 3.3.** Якщо інше не передбачено Договором страхування, не вважаються Страховими випадками події, зазначені в п. 3.1.1 та 3.2 цих Правил, якщо вони сталися з Застрахованою особою внаслідок:
- 3.3.1.** Скоєння Страхувальником, Застрахованою особою або Вигодонабувачем дій, в яких правоохоронними органами встановлено склад злочину;
 - 3.3.2.** Дій або бездіяльності Застрахованої особи, яка перебувала у стані або під впливом алкогольного (наркотичного, токсичного) сп'яніння;
 - 3.3.3.** Дій Застрахованої особи, вчинених у стані істотного погіршення психічного сприйняття внаслідок вживання алкоголю та/або його сурогатів, наркотичних та/або токсичних речовин;
 - 3.3.4.** Керування Застрахованою особою транспортним засобом у стані алкогольного (наркотичного, токсичного) сп'яніння або без наявності посвідчення водія відповідної категорії; передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом іншій особі, яка знаходилася в стані алкогольного (наркотичного, токсичного) сп'яніння; передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, яка не має посвідчення водія відповідної категорії;
 - 3.3.5.** Вживання Застрахованою особою алкоголю або його сурогатів, наркотичних або токсичних речовин, лікарських препаратів без призначення лікаря;
 - 3.3.6.** Обставин непереборної сили (війни, військових дій, революції, заколоту, повстання, громадянських заворушень, страйку, землетрусу, інших стихійних явищ, внаслідок біологічних або хімічних катастроф, а також впливу радіації або ядерної енергії).
- 3.4.** Якщо інше не передбачено Договором страхування, Страховик здійснює виплату Викупної суми за Договором страхування, якщо Страховий випадок відбувся під час:
- 3.4.1.** Використання Застрахованою особою літального апарату (за винятком випадків, коли Застрахована особа була пасажиром турбогвинтового, реактивного літаку, або планеру, допущених до здійснення польотів цивільної авіації, або пасажиром військового літаку, який був застосований для транспортування людей);
 - 3.4.2.** Участі Застрахованої особи у перегонах (або тренуваннях до перегонів) на будь-якому сухопутному, повітряному або водному засобі пересування;
 - 3.4.3.** Зайнятті Застрахованою особою екстремальними видами спорту на землі, у горах, у повітрі або на воді;
 - 3.4.4.** Довготривалого перебування Застрахованої особи у кліматично небезпечних регіонах, поїздок до регіонів з нестабільною політичною ситуацією, у тому числі, в якості члена наукових або інших експедицій.
- 3.5.** Самогубство або наслідки замаху на самогубство вважаються Страховим випадком через три роки після укладення Договору страхування, або внесення змін до Договору страхування, або відновлення його дії. До закінчення вищезазначеного трирічного строку здійснюється лише виплата Викупної суми. У випадку отримання Страховиком доказів того, що самогубство відбулося у стані порушення діяльності мозку, викликаного хворобою, що унеможливує вільне волевиявлення, Застрахованій особі надається повний страховий захист.
- 3.6.** Конкретні страхові ризики визначаються за домовленістю Сторін та можуть зазначатися у Договорі страхування, згідно з умовами відповідних Програм страхування.
- 3.7.** Програми страхування, які передбачають виплату Страхових сум (здійснення Страхових виплат) при настанні Страхових випадків, відповідно до пунктів 3.1.2 та 3.2 цих Правил, можуть застосовуватись тільки разом із програмами страхування, які передбачають страхове покриття ризику, визначеного пунктом 3.1.1 цих Правил. При цьому строк, протягом якого Страховик несе відповідальність за ризиком, визначеним пунктом 3.1.1 цих Правил, повинен бути не менший, ніж строк дії Договору страхування, який передбачає страхове покриття ризиків, визначених пунктами 3.1.2 та 3.2.1 – 3.2.5 цих Правил.
- 3.8.** Страховиком можуть встановлюватись додаткові обмеження за віком або станом здоров'я для Застрахованої особи та інші обмеження з урахуванням конкретних умов страхування.

4. Територія та місце дії договору страхування

- 4.1.** Договір страхування, укладений на підставі цих Правил, діє на території всіх країн світу, якщо інше не передбачене Договором страхування.
- 4.2.** Будь-які визначення календарних дат та часу у Договорі страхування, укладеному на підставі цих Правил, здійснюються за київським часом, якщо іншого не визначено Договором страхування.

5. Страхова сума. Страхові тарифи. Страховий платіж

- 5.1.** Розміри Страхових сум встановлюються за згодою сторін для кожної Застрахованої особи.
- 5.2.** Страхова сума може бути встановлена за окремим Страховим випадком, групою страхових випадків, Договором страхування в цілому.
- 5.3.** Розмір Страхового платежу визначається виходячи із Страхових сум і тарифів, розрахованих згідно умов кожної Програми страхування та Договору страхування.
- Страхові тарифи є невід'ємною частиною цих Правил. Розмір Страхового тарифу залежить від віку, статі Застрахованої особи та від ставки інвестиційного доходу, яка використовувалась при розрахунку Страхового тарифу, та обчислюється Страховиком актуарно -- на підставі відповідної статистики настання Страхових випадків та даних, викладених у Заяві на страхування. При розрахунку Страхового тарифу, Страховиком використовується вік Застрахованої особи, розрахований як різниця між роком народження Застрахованої особи та роком, у якому укладається Договір страхування. В Договорі страхування вказується ставка інвестиційного доходу, виходячи з якої було визначено Страховий тариф.

Базові розміри страхових тарифів наведено у Додатках до цих Правил. У кожному конкретному випадку, в залежності від чинників, які суттєво впливають на характер Страхового ризику (стан здоров'я, наявність шкідливих звичок, спосіб життя, ризикованість професійної діяльності Застрахованої особи), Страховик може застосовувати для розрахунку остаточного розміру Страхового тарифу, відповідно, понижуючі та підвищувальні коригувальні коефіцієнти, які зазначені в цих Правилах.

- 5.4.** Порядок і періодичність сплати Страхових платежів визначається Договором страхування.
- 5.5.** Страхові платежі за Договором страхування можуть сплачуватися Страхувальником одноразово (якщо це передбачено відповідною Програмою страхування), щорічно, два рази на рік, щокварталу або щомісяця, якщо це передбачено Договором страхування. При внесенні Страхувальником Страхових платежів частіше одного разу на рік, щорічний платіж збільшується:
- а) на 6% - при сплаті Страхових платежів щомісяця;
 - б) на 3% - при сплаті Страхових платежів щокварталу;
 - в) на 2% - при сплаті Страхових платежів два рази на рік.
- 5.6.** Страхувальник несе будь-які витрати, пов'язані зі сплатою Страхових платежів.
- 5.7.** При сплаті Страхових платежів частіше одного разу на рік, кожний черговий платіж повинен бути сплачений до закінчення періоду, за який оплата вже виконана. При цьому, Страхувальнику надається наступний період (надалі – Пільговий період), протягом якого можна внести Страховий платіж без відповідного зменшення (редукування) Страхової суми згідно умов пунктів 1.5.10 – 1.5.12 цих Правил:
- а) при сплаті Страхових платежів один раз на рік - не пізніше 10 (десяти) робочих днів від річниці попередньої сплати;
 - б) при сплаті Страхових платежів два рази на рік - не пізніше 7 (семи) робочих днів від дати чергової сплати;
 - в) при сплаті Страхових платежів щокварталу - не пізніше 5 (п'яти) робочих днів від дати чергової сплати;
 - г) при сплаті Страхових платежів щомісяця - не пізніше 3 (трьох) робочих днів від дати чергової сплати.
- 5.8.** У випадку несплати Страхувальником чергового Страхового платежу, з урахуванням положень п. 1.5.7 цих Правил, Страховик робить йому попередження. У разі непогашення Страхувальником боргу по Страхових платежах у термін, повідомлений Страховиком, останній залишає за собою право розірвати Договір страхування після закінчення цього терміну. Подовження терміну сплати Страхового платежу Страхувальником понад терміну, вказаного у першому абзаці цього пункту, можливе лише за умови підписання Страховиком і Страхувальником відповідної письмової угоди.
- 5.9.** У випадку непогашення Страхувальником заборгованості за Страховими платежами протягом терміну, повідомленого у попередженні або вказаного у письмовій угоді, укладеній відповідно до пункту 1.5.8 цих Правил, Страховик має право розірвати Договір страхування (починаючи з дати закінчення терміну, повідомленого у попередженні або вказаного у письмовій угоді) або редукувати страхову суму.
- 5.10.** Якщо це передбачено Договором страхування, у випадку, якщо Страхувальник не сплатив черговий Страховий платіж протягом строків, вказаних у Договорі страхування (попередженні або письмовій угоді), Страховик має право в односторонньому порядку здійснити перерахунок (редукування) Страхової суми, виходячи з фактично сплачених Страхових платежів, при цьому страхування за додатковими ризиками припиняється. Про Редуковану страхову суму Страховик повідомляє Страхувальника протягом 30 (тридцяти) днів після закінчення строку сплати чергового Страхового платежу, з урахуванням положень пунктів 1.5.8 – 1.5.9 цих Правил. Договір страхування з Редукованою страховою сумою діє, починаючи з дня, наступного за останнім днем, коли Страховий платіж, що не був сплачений, мав бути внесений Страхувальником згідно з умовами початкового Договору страхування (тобто, без врахування положень пунктів 1.5.8 – 1.5.9 цих Правил). Дата закінчення дії Договору страхування з Редукованою страховою сумою співпадає з датою закінчення початкового Договору страхування. У випадку, коли Страхувальник не є Застрахованою особою, Страховик може повідомити Застраховану особу про несплату Страхувальником чергового Страхового платежу. При цьому, Застрахована особа може самостійно внести Страховий платіж, або за неї це може виконати інша особа, яка виявила бажання прийняти на себе права та обов'язки Страхувальника за Договором страхування життя цієї Застрахованої особи.
- 5.11.** Після редукування страхової суми, Страхувальник має право відновити страхову суму, яка була передбачена при укладанні початкового Договору страхування. При цьому, Страхувальник одноразово сплачує прострочені страхові платежі та суму коштів, що відповідає величині інвестиційного доходу, розрахованого за ставкою, зазначеною у Договорі страхування, який був втрачений за Договором страхування через несплату Страхових платежів. Крім того, у випадку внесення чергових Страхових платежів частіше одного разу на рік, Страхувальник одноразово сплачує всі платежі, що належать до сплати за весь поточний Страховий період. Якщо страхова сума відновлюється по закінченні 4 (чотирьох) місяців після дати набуття чинності Договором страхування з Редукованою страховою сумою, Страховик має право вимагати проходження Застрахованою особою медичного обстеження за її власний рахунок і, в залежності від отриманих даних, установити інші умови Договору страхування.
- 5.12.** Договір страхування з відновленими умовами страхування вступає в силу з 00.00 годин дня, наступного за днем надходження на розрахунковий рахунок Страховика прострочених Страхових платежів, розрахованих у відповідності з умовами Договору страхування та пункту 5.11. цих Правил.
- 5.13.** Порядок розрахунку Викупних та Редукованих сум визначається відповідними Програмами страхування.
- 5.14.** Страховик здійснює збільшення розміру Страхової суми та (або) розміру Страхових виплат на суми (бонуси), які визначаються ним один раз на рік за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів резервів із страхування життя, за вирахуванням витрат Страховика на ведення справи (у розмірі до 15 відсотків отриманого інвестиційного доходу) та обов'язкового відрахування в математичні резерви частки інвестиційного доходу, що відповідає розміру інвестиційного доходу, який застосовується для розрахунку страхового тарифу за цим Договором страхування. Положення цього пункту застосовуються виключно при укладанні Договорів страхування, які передбачають страхування ризиків, визначених пунктами 3.1.1. та 3.1.2 цих Правил. Розмір додаткових страхових зобов'язань, які нараховані на страхову суму, повідомляється Страхувальнику письмово, та його не може бути у подальшому зменшено у односторонньому порядку. Виплати додаткових страхових зобов'язань здійснюються одночасно з виплатою Страхової суми по закінченню строку дії Договору страхування, або у випадку смерті Застрахованої особи. У разі необхідності, Страховик може визначити інший спосіб виплати додаткових страхових зобов'язань у відповідній Програмі страхування.
- 5.15.** Договір страхування може передбачати індексацію (зміну) за офіційним індексом інфляції розміру Страхової суми та (або) Страхових виплат протягом дії Договору страхування за умови відповідної індексації (зміни) розміру Страхового платежу (Страхової премії).

6. Порядок визначення страхових сум

- 6.1.** страхова сума встановлюється за згодою Сторін при укладанні Договору страхування у гривнях або у вільноконвертованій валюті для кожної Програми страхування окремо.
- 6.2.** Розрахунки між Сторонами Договору страхування (сплата Страхових платежів, Страхових виплат, Викупних сум) можуть здійснюватися:
- 6.2.1.** Для Страхувальників-нерезидентів України – у валюті страхування, відповідно до чинного законодавства України.
- 6.2.2.** Для Страхувальників-резидентів України:
- в гривнях, якщо страхова сума встановлена в гривнях;
 - в гривневому еквіваленті сум, виражених у вільноконвертованій валюті.
- 6.3.** Гривневий еквівалент сум, виражених у вільноконвертованій валюті, визначається:
- 6.3.1.** При сплаті Страхових платежів – за курсом НБУ на день сплати.
- 6.3.2.** При здійсненні Страхових виплат при настанні Страхових випадків, вказаних в пунктах 3.1.1, 3.1.2, 3.2.1 – 3.2.5 цих Правил – за курсом Національного банку України на день підписання страхового акту.

7. Порядок укладання договору страхування

- 7.1.** Договір страхування укладається на умовах цих Правил та однієї чи декількох Програм страхування, які визначені Додатками до цих Правил та може включати додаткові ризики, передбачені п. 3.2.1 – 3.2.5 цих Правил. Копія цих Правил, обрана Страхувальником

Програма страхування та Заява на страхування (включаючи Анкету про стан здоров'я Застрахованої особи) є невід'ємними частинами Договору страхування.

- 7.2.** Підставою для укладання Договору страхування є Заява на страхування, яка заповнюється, підписується Заявником і подається ним Страховику за встановленою формою. Страховик бере на себе зобов'язання щодо страхового захисту лише за умови, якщо Заявник відповів на всі питання, які містяться у Заяві на страхування (у тому числі, в Анкеті про стан здоров'я Застрахованої особи), правдиво та повністю. Зокрема, це стосується питань щодо поточних або колишніх захворювань, порушень здоров'я, скарг на стан здоров'я, а також щодо професійної діяльності та захоплень (хобі) Застрахованої особи. Особа, яка підписала Заяву на страхування, несе відповідальність за правильність та правдивість інформації, вказаної у заяві на страхування, навіть у тому випадку, якщо ця особа не заповнювала Заяву особисто. Будь-які пояснення мають бути письмово викладені у Заяві на страхування або у додатках до неї. Будь-які додаткові домовленості та застереження потребують письмової згоди Страховика.
- 7.3.** У випадку, якщо страхується життя особи, іншої, ніж та, що підписала Заяву на страхування, ця інша особа має забезпечити та проконтролювати повноту та правдивість інформації, що міститься у Заяві на страхування.
- 7.4.** Для укладання Договору страхування, Страховик може вимагати у Заявника додаткові документи, необхідні для оцінки рівня страхового ризику. Зокрема, Страховик має право вимагати інформацію медичних установ про стан здоров'я особи, страхування якої має бути предметом Договору страхування, та інші документи.
- 7.5.** Медичне обстеження стану здоров'я особи, страхування якої має бути предметом Договору страхування, здійснюється:
- 7.5.1.** У разі виникнення у Страховика сумнівів щодо достовірності відомостей стосовно стану здоров'я особи, страхування якої має бути предметом Договору страхування, які вказані в Заяві на страхування.
- 7.5.2.** Для з'ясування поточного стану здоров'я особи, страхування якої має бути предметом Договору страхування, у разі наявності в Анкеті про стан здоров'я Застрахованої особи відомостей про існування (перенесення у минулому) певних захворювань (нещасних випадків).
- 7.5.3.** Якщо вік особи, страхування якої має бути предметом Договору страхування, та бажаний розмір Страхової суми, вказаний у Заяві на страхування, перевищують певні значення, встановлені внутрішніми нормативними документами Страховика. Оплата вартості медичного обстеження здійснюється Заявником (особою, страхування якої має бути предметом Договору страхування) за власний рахунок або Страховиком (якщо медичне обстеження було здійснене у закладі, обраному Страховиком), за його рішенням.
- 7.6.** Заява на страхування, заповнена Заявником, є дійсною протягом 30 (тридцяти) днів. Цей строк починається з дня підписання Заявником Заяви на страхування, а у випадках призначення Страховиком медичного обстеження – з дати надходження його результатів до відповідного офісу Страховика. Страховик, протягом 30 (тридцяти) днів після отримання Заяви на страхування або додаткових документів, зазначених у попередньому абзаці, повідомляє Заявника про прийняте рішення щодо укладання Договору страхування.
- 7.7.** Договір страхування життя може бути укладений як шляхом укладання документу, підписаного Сторонами, так і шляхом обміну листами, документами, підписаними Стороною, яка їх надсилає. У разі надання Заявником письмової Заяви на страхування, що виражає намір укласти Договір страхування, за формою, встановленою Страховиком, Договір страхування може бути укладений шляхом надіслання Страховиком Заявнику копії Правил страхування та примірника Договору страхування, який не містить розбіжностей з поданою Заявою на страхування.
- 7.8.** Договір страхування укладається у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожній із Сторін.
- 7.9.** В Договорі страхування може бути передбачено, що окремі положення цих Правил страхування не включаються в Договір і не діють в конкретних умовах страхування, якщо це не суперечить законодавству України.
- 7.10.** У разі, якщо Заявник – юридична особа бажає одночасно застрахувати декількох працівників, кожен з цих працівників заповнює та підписує Заяву на страхування встановленої Страховиком форми, засвідчуючи свою згоду бути Застрахованою особою. Заяви на страхування працівників Заявника – юридичної особи завіряються підписом керівника юридичної особи чи уповноваженої ним особи та печаткою. При укладанні із Страхувальником – юридичною особою Договору страхування життя групи осіб, Страховик може вимагати довідки медичних установ про стан здоров'я працівників цієї юридичної особи, страхування яких є предметом Договору страхування, а також інші документи, що характеризують рівень страхового ризику.
- 7.11.** При укладанні із Страхувальниками – юридичними особами Договорів страхування життя групи осіб, Страховик видає кожному працівнику -- Застрахованій особі індивідуальний Договір страхування (індивідуальний Страховий поліс).
- 7.12.** При укладанні Договорів страхування життя третіх осіб, необхідна письмова згода цих осіб. Ця згода може бути засвідчена шляхом підписання особою, страхування якої є має бути предметом Договору страхування, Заяви на страхування встановленої Страховиком форми.
- 7.13.** У випадку втрати Договору страхування (Страхового полісу), Страховик, на підставі особистої письмової заяви Страхувальника чи Застрахованої особи, видає його дублікат, після чого втрачений Договір страхування (Страховий поліс) вважається недійсним та страхові виплати за ним не здійснюються. При втраті Договору страхування (Страхового полісу) або його дублікату податок часу дії Договору страхування, Страховик стягує зі Страхувальника грошову суму в розмірі вартості виготовлення Договору страхування (Страхового полісу) і вартості технічних витрат на його оформлення та обробку.

8. СТРОК дії Договору страхування

- 8.1.** Строк дії Договору страхування встановлюється в цілих роках, за згодою Сторін, виходячи з умов вибраної Програми страхування.
- 8.2.** Договір страхування набуває чинності з моменту внесення Страхувальником першого Страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

9. Права та обов'язки сторін

9.1. Страхувальник має право:

- 9.1.1.** У разі настання Страхового випадку за ризиками, передбаченими пп. 3.1.2, 3.2.1 – 3.2.5 та 3.2.7 – 3.2.15 цих Правил – отримати Страхову виплату, якщо він одночасно є Застрахованою особою.
- 9.1.2.** За згодою Застрахованої особи, при укладанні Договору страхування, призначити Вигодонабувачем на випадок смерті Застрахованої особи одну чи кількох фізичних або юридичних осіб, а також в період дії Договору страхування замінювати їх іншими особами до настання Страхового випадку. Якщо Договір страхування є засобом забезпечення зобов'язання по поверненню кредиту, позики, то в цьому випадку Страхувальник не має права на зміну Вигодонабувача без письмової згоди раніше призначеного Вигодонабувача. Уступка права вимоги за Договором страхування, або його використання у якості засобу забезпечення зобов'язання по поверненню кредиту, позики, можливі лише за умови отримання Страхувальником відповідної письмової згоди Страховика.
- 9.1.3.** Достроково припинити дію Договору страхування, згідно з умовами чинного законодавства України.
- 9.1.4.** Вносити пропозиції щодо зміни умов Договору страхування шляхом укладання додаткових угод до діючого Договору страхування.
- 9.1.5.** З моменту виникнення за Договором Викупної суми, Страхувальник має право припинити сплату Страхових платежів та ініціювати переведення Договору на зменшену (Редуковану) Страхову суму, розмір якої буде розраховано Страховиком на підставі затверджених математичних формул. У разі переведення Договору страхування на зменшену (Редуковану) Страхову суму, Страховик надсилає Страхувальнику додаткову угоду до Договору страхування та актуалізовану таблицю з викупними сумами.

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

- 9.2.1.** Ознайомитися з умовами та Правилами страхування та засвідчити цей факт своїм власноручним підписом.
- 9.2.2.** Сплачувати Страхові платежі (внески, премії) у розмірі і строки, обумовлені Договором страхування.
- 9.2.3.** При укладанні Договору – надати достовірні відомості про вік, професію Застрахованої особи, стан її здоров'я та перенесені нею захворювання (нещасні випадки), а також інші відомості, що вимагає Страховик, та які необхідні для визначення рівня Страхового ризику та розміру Страхового тарифу.
- 9.2.4.** Повідомити Страховика про інші діючі Договори страхування життя Застрахованої особи.
- 9.2.5.** Повідомити Страховика про настання Страхового випадку, згідно з умовами пункту 0 цих Правил.

- 9.2.6.** Повідомляти в письмовій формі Страховика про події (обставини), які вплинули (можуть вплинути) на рівень Страхового ризику, протягом 5 (п'яти) робочих днів з того моменту, коли Страхувальнику стане відомо про настання (можливе настання) таких подій – для прийняття Страховиком рішення про необхідність зміни істотних умов Договору страхування.
- 9.2.7.** Вживати всіх необхідних заходів для запобігання і зменшення шкоди життю та здоров'ю Застрахованої особи.
- 9.2.8.** Повідомляти Страховику інформацію, необхідну для ідентифікації Страхувальника, Застрахованої особи та Вигодонабувача(ів), а також про зміни їх постійного місця проживання, телефону, прізвищ, та іншу необхідну інформацію.
- 9.2.9.** У разі, якщо нове місце постійного проживання Страхувальника знаходиться за межами Європи, він має призначити та повідомити Страховика про особу, уповноважену отримувати в Україні від Страховика повідомлення, адресовані Страхувальнику, у тому числі про відмову у здійсненні Страхової виплати у разі настання Страхового випадку, про розірвання Договору страхування, або подачу судового позову.
- 9.2.10.** Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.
- 9.3. Страховик має право:**
- 9.3.1.** У випадку наявності обґрунтованих сумнівів стосовно стану здоров'я Застрахованої особи – вимагати інформацію медичних установ про стан здоров'я Застрахованої особи та інші документи, необхідні для оцінки рівня Страхового ризику за Договором страхування.
- 9.3.2.** Перевіряти повідомлену Страхувальником інформацію, а також контролювати виконання ним умов Договору, проводити незалежну перевірку обставин настання Страхового випадку.
- 9.3.3.** Достроково припинити дію Договору страхування у випадку надання Страхувальником недостовірних або неповних відомостей, які мають значення для оцінки Страхового ризику та для прийняття рішення щодо укладання Договору страхування. Про дату припинення дії Договору страхування Страховик повідомляє Страхувальника протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту прийняття відповідного рішення.
- 9.3.4.** Вимагати зміни умов укладеного Договору страхування (зокрема, збільшення розміру Страхових платежів) або дострокового припинення дії Договору страхування у випадку зміни рівня Страхового ризику протягом строку дії Договору страхування.
- 9.3.5.** Відстрочити Страхову виплату, якщо за фактом смерті Застрахованої особи порушено кримінальну справу, до моменту припинення або закінчення розгляду справи. Якщо у Страховика є підстави для проведення власного розслідування за фактом смерті Застрахованої особи для повного з'ясування обставин настання Страхового випадку, він може відстрочити Страхову виплату на термін не більше 6 (шести) місяців.
- 9.3.6.** При наявності сумнівів щодо достовірності документів та відомостей, які надані Страховику для здійснення Страхової виплати – відстрочити її до отримання підтвердження їх достовірності, але цей термін не може перевищувати 6 (шести) місяців.
- 9.3.7.** Відмовити у Страховій виплаті згідно умов, передбачених п. 0 цих Правил.
- 9.3.8.** Отримувати від Страхувальника компенсацію, якщо з вини останнього у Страховика виникли додаткові витрати, зокрема у випадках надання Страхувальнику дублікату або копій Страхового полісу або Договору страхування, перенесення терміну сплати Страхових платежів, згідно з пунктом 5.8. цих Правил.
- 9.4. Страховик зобов'язаний:**
- 9.4.1.** Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.
- 9.4.2.** Протягом 2 (двох) робочих днів, після отримання повідомлення про настання Страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення Страхової виплати.
- 9.4.3.** Протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання заяви на здійснення Страхової виплати та всіх документів, передбачених пп. 0 - 0 цих Правил, прийняти рішення про здійснення Страхової виплати або про відмову у здійсненні Страхової виплати. Страховик повідомляє Страхувальника про прийняте рішення та, у разі відмови у Страховій виплаті, надає обґрунтування причин.
- 9.4.3.1.** Здійснити Страхову виплату протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про її здійснення, або надати Страхувальнику письмово обґрунтовану відмову. У випадку відстрочення Страхової виплати – в такий самий термін – письмово повідомити про це особу, яка подала заяву на здійснення Страхової виплати з обґрунтуванням причин відстрочення.
- 9.4.3.2.** Страховик несе майнову відповідальність за порушення терміну здійснення Страхової виплати, вказаного в п. 0 шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом.
- 9.4.4.** Не розголошувати відомостей про Страхувальника, Застраховану особу та їх майнове становище, за винятком випадків, передбачених законом.
- 9.4.5.** Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.
- 9.5. Договором страхування може бути передбачено, що Застрахована особа зобов'язана:**
- 9.5.1.** При укладанні Договору – надати достовірні відомості про свій вік, професію, стан здоров'я та перенесені захворювання, а також інші відомості, яких вимагає Страховик для визначення рівня Страхового ризику та розміру Страхового тарифу.
- 9.5.2.** Повідомити Страховика про інші діючі Договори страхування свого життя.
- 9.5.3.** Повідомляти в письмовій формі Страховика про події (обставини), які вплинули (можуть вплинути) на рівень Страхового ризику, протягом 5 (п'яти) робочих днів з того моменту, коли Застрахованій особі стане відомо про настання (можливе настання) таких подій (наприклад зміну умов праці, переїзд на інше місце проживання, виявлення тяжких захворювань, і т. ін.).
- 9.5.4.** Вживати всіх необхідних заходів для запобігання і зменшення шкоди своєму життю та здоров'ю.
- 9.5.5.** Договором страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Застрахованої особи.
- 9.6.** Сторони зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, передбачувану зміну форми власності, про інші зміни, які можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків за Договором страхування.

10. Дії Страхувальника, Застрахованої особи при настанні страхового випадку

- 10.1.** У разі настання випадків, передбачених пунктами 3.2.2 – 3.2.5 та 3.2.7 – 3.2.15 цих Правил, Страхувальник має повідомити про це Страховика протягом 2 (двох) робочих днів з моменту їх настання. У разі неможливості здійснення цих заходів Страхувальником з поважних причин, повідомити Страховика про настання Страхового випадку може Вигодонабувач (спадкоємці Застрахованої особи за законом) або Застрахована особа.
- 10.2.** При настанні випадків, передбачених пунктами 3.1.2, 3.2.2 – 3.2.5 та 3.2.7 – 3.2.15 цих Правил, Страхувальник має у термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів надати Страховику всі документи згідно Розділу 0 цих Правил. У разі неможливості з об'єктивних причин надати документи, передбачені Розділом 11 цих Правил, в строк, зазначений у попередньому абзаці, Страхувальник має надати ці документи протягом 3 (трьох) діб з дня їх отримання від Компетентних органів.
- 10.3.** Страхувальник має надати Страховику достовірні відомості про причини та обставини настання Страхового випадку, а також іншу необхідну інформацію, зазначену у Договорі страхування.
- 10.4.** За умови виконання вимог, визначених пунктами 0 – 0 цих Правил, Застрахована особа або Вигодонабувач має право звернутися до Страховика за отриманням Страхової суми (Страхової виплати), визначеної у Договорі страхування, в будь-який час після настання Страхового випадку.

11. Порядок і умови здійснення страхових виплат. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків

- 11.1.** У відповідності до умов обраної Програми страхування, Страховик повинен здійснити Страхові виплати:
- 11.1.1.** Вигодонабувачу – при настанні Страхових випадків, передбачених п. 3.1.1, 3.2.1 та 3.2.6 цих Правил. Якщо Вигодонабувач не визначений або він помер, виплата здійснюється спадкоємцям Застрахованої особи, відповідно до чинного законодавства.
- 11.1.2.** Застрахованій особі – при настанні Страхових випадків, передбачених п. 3.1.2, 3.2.2 - 3.2.5 та 3.2.7 – 3.2.15 цих Правил, якщо іншого не передбачено умовами Договору страхування.

- 11.2. Для отримання Страхових виплат за Договором страхування, Страховику мають бути надані документи, які підтверджують настання Страхового випадку, видані відповідними Компетентними органами (медичним закладом, судом, органами ДАІ, РАГСу тощо) відповідно до чинного законодавства України, а також:
- 11.2.1. Заява на здійснення Страхової виплати.
 - 11.2.2. Оригінал Договору страхування (Страхового полісу).
 - 11.2.3. Документи, що посвідчують особу одержувача виплати.
 - 11.2.4. Реквізити рахунку одержувача виплати, відкритого у банківській установі.
 - 11.2.5. Ідентифікаційний код або номер платника податку одержувача виплати.
- 11.3. У разі настання Страхового випадку, передбаченого пунктом 3.1.1 або 3.2.1 цих Правил, Страховику додатково надаються такі документи:
- 11.3.1. Лікарський висновок із зазначенням причини настання смерті, а також результати розтину Застрахованої особи, якщо його було здійснено.
 - 11.3.2. Свідоцтво або довідка органу РАГС про смерть Застрахованої особи або їх нотаріально засвідчена копія.
- 11.4. У разі настання Страхового випадку, пов'язаного з нещасним випадком чи хворобою, що сталися із Застрахованою особою, Страховику додатково надаються такі Документи:
- 11.4.1. Документ, що підтверджує факт і розкриває причини та обставини настання Страхового випадку, виданий Компетентним органом, або лікувально-профілактичним закладом.
 - 11.4.2. Документи лікувально-профілактичного закладу або компетентної лікарської комісії, із зазначенням характеру та ступеню впливу події, що призвела до настання Страхового випадку, на стан здоров'я та працездатність Застрахованої особи, які дозволяють визначити розмір Страхової виплати (зокрема, історію хвороби).
- 11.5. Спадкоємці померлої особи, яка мала отримати Страхову виплату за Договором страхування, мають додатково надати Страховику свідоцтво про право на спадщину або його нотаріально засвідчену копію.
- 11.6. Документи, що підтверджують ступінь втрати працездатності Застрахованою особою, повинні бути видані компетентною лікарською комісією та підписані належним чином уповноваженим лікарем в Україні.
- 11.7. Будь-які витрати, пов'язані з отриманням або нотаріальним посвідченням документів (їх дублікатів, копій), вказаних в пп. 0 - 0 цих Правил, несе особа, яка подає заяву на виплату.
- 11.8. Страхові виплати можуть бути отримані безпосередньо особою, яка, відповідно до Договору страхування, має право на отримання Страхової виплати, чи за її нотаріально засвідченим дорученням – іншою особою. Якщо особа, що пред'являє Страховику оригінал Договору страхування (Страхового полісу), заявляє про свої права на повне або часткове отримання Страхової виплати, Страховик має право вимагати від цієї особи підтвердження цього права.
- 11.9. Підставою для відмови Страховиком у Страховій виплаті є:
- 11.9.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувачів), їх спадкоємців, спрямовані на настання Страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку; дії, вчинені вказаними особами в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або для захисту їх майна, життя, здоров'я. Кваліфікація дій Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувачів, їх спадкоємців здійснюється відповідно до чинного законодавства України.
 - 11.9.2. Вчинення Страхувальником-фізичною особою, Вигодонабувачем або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування умисного злочину, що призвів до Страхового випадку.
 - 11.9.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей щодо питань, вказаних у Розділі 7 цих Правил, або про факт, причини та/або обставини настання Страхового випадку.
 - 11.9.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем), їх спадкоємцями про настання Страхового випадку (згідно умов Розділу 0 цих Правил) без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин настання Страхового випадку.
 - 11.9.5. Ненадання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем), їх спадкоємцями документів, які підтверджують факт настання Страхового випадку.
 - 11.9.6. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог пунктів 0 та 0 цих Правил.
 - 11.9.7. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у Страховій виплаті, якщо це не суперечить закону.
- 11.10. У випадку свідомого надання Страхувальником неправдивої інформації стосовно фактів, знання яких необхідне Страховику для визначення істотних умов Договору страхування, Договір страхування може бути визнано недійсним у судовому порядку. У цьому випадку, або у разі припинення Договору страхування з ініціативи Страховика, Страхувальнику виплачується Випушна сума.
- 11.11. Підстави для відмови Страховика у Страховій виплаті, при настанні Страхових подій, зазначених у пп. 3.2.1 - 3.2.5 цих Правил, крім підстав, визначених пунктом 11.9. цих Правил, є також випадки, передбачені відповідними Програмами страхування.
- 11.12. Страхова виплата здійснюється Страховиком після виконання всіх умов, зазначених у цьому розділі Правил, шляхом перерахування на банківський рахунок, вказаний особою, яка має право на отримання страхової виплати, за вирахуванням несплачених Страхових платежів поточного Страхового періоду та обов'язкових платежів, передбачених чинним законодавством України. Особа, яка має право на отримання Страхової виплати, сама несе ризики та витрати, пов'язані з отриманням Страхової виплати.
- 11.13. При здійсненні Страхової виплати на користь особи, яка має постійне місце проживання за межами України, будь-які витрати, пов'язані зі здійсненням цієї виплати, несе зазначена особа.

12. Порядок внесення змін до умов Договору страхування

- 12.1. Будь-які зміни умов Договору страхування здійснюються за взаємною згодою Страхувальника і Страховика.
- 12.2. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона, яка виступає ініціатором внесення таких змін, повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованої дати внесення змін.
- 12.3. Зміни до умов Договору страхування оформлюються шляхом укладання додаткової угоди до діючого Договору страхування.
- 12.4. Страховик має право в односторонньому порядку внести зміни в Договір страхування при настанні умов, зазначених у пункті 1.5.10 цих Правил.
- 12.5. При досягненні Сторонами згоди щодо запропонованих змін умов страхування, укладається додаткова угода до діючого Договору страхування, при цьому встановлюється розмір Страхових платежів згідно з тарифами Страховика, з урахуванням нових умов. При збільшенні кількості Застрахованих осіб, Страхувальник надає Страховику інформацію, необхідну для укладання Договору страхування, про осіб, що додатково страхуються. Договір страхування із зміненими умовами набирає чинності у порядку, передбаченому цим Договором.

13. Припинення дії Договору страхування. Випушна сума

- 13.1. Договір страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у наступних випадках:
- 13.1.1. З 00.00 годин дня, наступного за днем, що визначений як день закінчення строку дії Договору страхування.
 - 13.1.2. Після виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) за Договором страхування у повному обсязі – з дня остаточного розрахунку.
 - 13.1.3. У випадку, передбаченому пунктом 1.5.9 цих Правил – з дня, наступного за останнім днем періоду, за який оплата вже виконана.
 - 13.1.4. Якщо між Страховиком і Страхувальником -- юридичною особою укладено Договір страхування життя групи осіб – працівників цієї юридичної особи, то, у разі виконання Страховиком зобов'язань щодо певної Застрахованої особи, передбачених відповідним індивідуальним Договором страхування, припиняється дія тільки цього індивідуального Договору страхування.
 - 13.1.5. У випадку прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним, а також у разі його укладання після настання Страхового випадку – з дня підписання Договору страхування.
 - 13.1.6. У випадку ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

- 13.1.7.** У випадку ліквідації Страхувальника – юридичної особи.
- 13.1.8.** У випадку смерті Страхувальника – фізичної особи, чи втрати ним дієздатності (при цьому, його права та зобов'язання за Договором страхування можуть бути передані третій особі, з урахуванням вимог чинного законодавства України).
- 13.1.9.** Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Дія Договору страхування життя не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами Договору та законодавством України.
Про намір достроково припинити дію Договору страхування Страхувальник повинен письмово повідомити Страховика не пізніше, ніж за 30 (тридцять) днів до запропонованої дати припинення Договору страхування.
- 13.1.10.** З ініціативи Страховика -- у випадку отримання ним інформації про обставини, які призвели (можуть призвести) до підвищення рівня Страхового ризику.
- 13.1.11.** В інших випадках, які передбачені законодавством України.
- 13.2.** Викупна сума за Договором страхування є майновим правом Страхувальника за Договором страхування життя. Викупна сума за Договором страхування не дорівнює сумі сплачених Страхувальником Страхових платежів. Викупна сума розраховується Страховиком на підставі затверджених математичних формул, з врахуванням відповідної знижки. Таким чином, внаслідок дострокового припинення Договору страхування, Страхувальник несе певні втрати. При внесенні Страхувальником Страхових платежів за Договором страхування щорічно, два рази на рік, щокварталу або щомісяця, отримання Викувної суми стає можливим тільки по закінченню другого року дії Договору страхування (якщо інше не передбачено умовами відповідної Програми страхування).
Розмір Викувної суми зазначається в Договорі страхування.
Виплату Викувної суми може бути здійснено Страховиком з моменту її виникнення за Договором страхування, у разі прийняття Страховиком рішення щодо дострокового припинення дії Договору страхування у наступних випадках:
- 13.2.1.** Внаслідок невиконання Страхувальником умов Договору страхування.
- 13.2.2.** У випадку надання Страхувальником недостовірних або неповних відомостей, які мають значення для оцінки рівня Страхового ризику.
Виплата Викувної суми здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту дострокового припинення дії Договору страхування, згідно умов відповідної Програми страхування.
- 13.3.** У разі дострокового припинення Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо Страхові платежі за цим Договором вносилися в безготівковій формі.
- 13.4.** У разі припинення Страхувальником сплати Страхових платежів згідно пункту 9.1.5 цих Правил, продовження дії Договору страхування зі зменшеною (Редукованою) страховою сумою є можливим лише за умови, якщо ця сума є не меншою, ніж 5000 (п'ять тисяч) гривень. В іншому випадку дія Договору страхування припиняється і здійснюється виплата Викувної суми.
- 13.5.** Якщо це обумовлено Договором страхування, який передбачає страхування ризику, визначеного пунктом 3.1.2. цих Правил, за бажанням Страхувальника та за згодою Страховика, по закінченні поточного Страхового періоду може бути здійснена часткова виплата Страхової суми Страхувальнику, без припинення дії Договору страхування, за наступних умов: якщо завершився 55-й рік життя Застрахованої особи, до завершення строку дії Договору страхування залишилося не більше 10 (десяти) років, а залишок Страхової суми не є меншим ніж 10000 (десять тисяч) гривень. При цьому, розмір часткової виплати технічного резерву не може перевищувати розмір наявної Викувної суми.
- 13.5.1.** Після здійснення часткової виплати Страхової суми, Страховик здійснює перерахунок (зменшення) сум, які підлягатимуть виплаті у випадках смерті Застрахованої особи, завершення строку дії Договору страхування, або дострокового припинення його дії, та надсилає Страхувальнику додаткову угоду до Договору страхування. При цьому, інші умови Договору страхування залишаються незмінними.

14. Порядок вирішення спорів

- 14.1.** Спори, пов'язані з виконанням умов Договору страхування, розв'язуються шляхом переговорів Сторін або в порядку, передбаченому чинним законодавством України.
- 14.2.** Спори між Страховиком і Страхувальником з приводу обставин і характеру настання Страхового випадку, розміру Страхових виплат і здійснення Страхових виплат можуть вирішуватися Сторонами з залученням незалежних експертів. При цьому, оплата послуг незалежних експертів здійснюється Стороною, яка залучає експерта.
- 14.3.** Позови за вимогами, які витікають із Договору страхування, можуть бути пред'явлені Страховику в термін, передбачений чинним законодавством України.

15. Особливі умови

- 15.1.** У разі, якщо після здійснення Страховиком Страхових виплат, з'ясується, що до настання відповідних Страхових випадків призвели протиправні дії Страхувальника (Вигодонабувача, Застрахованої особи, їх спадкоємців), Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування та повернення фактично здійснених Страхових виплат за цими Страховими випадками, або повернення фактично здійснених Страхових виплат за Договором страхування, строк дії якого закінчився.
- 15.2.** Договором страхування може бути передбачено, що у випадках введення Урядом України, Національним банком України та іншими державними органами нових законодавчих і нормативно-правових актів, що впливають на фінансову політику і процеси страхування в Україні, які не дозволяють виконати умови укладених Договорів страхування, Страховик може запропонувати Страхувальнику внести відповідні зміни до умов Договору страхування. Якщо Страхувальник не погоджується на внесення таких змін протягом 30 (тридцяти) календарних днів, дія Договору страхування достроково припиняється за ініціативою Страховика, згідно з умовами, викладеними у Розділі 0 цих Правил.
- 15.3.** Якщо це передбачено Договором страхування, обидві Сторони залишають за собою право призупиняти виконання взаємних обов'язків за Договором страхування, укладеним на основі цих Правил, у випадку проголошення надзвичайного стану та інших надзвичайних обставин, оголошених у встановленому чинним законодавством України порядку, а також у випадку виникнення обставин непереборної сили (війни, військових дій, революції, заколоту, повстання, громадянських заворушень, страйку, стихійних явищ, внаслідок біологічних або хімічних катастроф, а також впливу радіації або ядерної енергії), дії яких неможливо запобігти або уникнути, - на період дії цих обставин.
- 15.4.** Будь-які повідомлення Страховика мають юридичну силу лише тоді, коли вони здійснені у письмовій формі та підписані уповноваженою особою Страховика. Належним чином оформлені повідомлення Страховика набувають чинності з моменту їх доставки на адресу, вказану Страхувальником. У разі зміни Страхувальником місця проживання або прізвища, він має письмово повідомити про це Страховика. У протилежному випадку, повідомлення надсилатимуться Страховиком на останню відому йому адресу або прізвище Страхувальника. У цьому випадку Страхувальник несе ризик не отримати повідомлення з боку Страховика.

Додаток 12
до Правил добровільного
страхування життя (нова редакція)

Програма страхування № 11 ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ

Андеррайтер – представник Страховика, спеціаліст в галузі страхування, який має повноваження щодо прийняття на страхування запропонованих ризиків, визначення тарифних ставок та конкретних умов Договору страхування, виходячи із норм страхового законодавства та економічної доцільності.

Анкета про стан здоров'я Застрахованої особи – невід'ємна частина Заяви на страхування, яка підлягає заповненню Застрахованою особою, та містить питання щодо стану її здоров'я. Відповіді Застрахованої особи на питання Анкети про стан здоров'я Застрахованої особи є важливими для прийняття Страховиком рішення про можливість укладення із Заявником Договору страхування та визначення його умов, тому обов'язково мають бути повними і правдивими.

Вигодонабувач – юридична або фізична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладанні Договору страхування для одержання Страхової виплати у разі настання Страхового випадку. В період дії Договору страхування до настання Страхового випадку, Страхувальник, за згодою Застрахованої особи, має право змінити особу Вигодонабувача, повідомивши про це Страховика письмово.

Викупна сума – грошова сума, яка підлягає виплаті Страхувальнику при достроковому припиненні дії Договору страхування у випадках, визначених Правилами та розраховується актуарно.

Госпіталізація – стаціонарне лікування Застрахованої особи, необхідність якого була викликана нещасним випадком або хворобою, які сталися протягом строку дії Договору страхування на умовах цієї Програми.

Договір страхування – письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання, у разі настання Страхового випадку, здійснити Страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу або їх спадкоємцям за законом), а Страхувальник зобов'язується сплачувати Страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

Інвалідність – соціальна недостатність Застрахованої особи внаслідок порушення її здоров'я, супроводжуваного стійким розладом функцій організму, яка призводить до обмежень життєдіяльності та необхідності державного соціального захисту Застрахованої особи. Факт наявності інвалідності Застрахованої особи встановлюється медико-соціальною експертною комісією Міністерства охорони здоров'я України або аналогічним компетентним органом іншої держави, громадянином якої є Застрахована особа.

Застрахована особа – фізична особа віком від дня народження до 75 років (якщо інше не передбачене відповідною Програмою страхування), страхування якої є предметом Договору страхування, і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Заява на страхування – заповнений та підписаний Заявником документ встановленої Страховиком форми, який містить інформацію, необхідну для визначення умов укладення між Страховиком і Заявником Договору страхування (в т.ч. інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи) та підтверджує згоду Заявника з умовами Правил. Невід'ємною частиною Заяви на страхування є Анкета про стан здоров'я Застрахованої особи. Заява на страхування є для Страховика підставою для укладення Договору страхування з Заявником.

Заявник – юридична або фізична особа, яка має намір укласти зі Страховиком Договір страхування та, з цією метою, заповнила, підписала та надала Страховику Заяву на страхування.

Компетентні органи – державні органи (установи, організації), до компетенції яких, згідно чинного законодавства України або іншої держави, громадянином якої є Застрахована особа, належить визначення фактів та/або обставин подій, які вважаються Страховими випадками відповідно до Правил, та оформлення (засвідчення) відповідних підтверджуючих документів.

Лікар – практикуючий спеціаліст з закінченою та належним чином зареєстрованою вищою медичною освітою (у разі здійснення ним приватної лікарської практики – з відповідною державною ліцензією), який не є Застрахованою особою або Вигодонабувачем за Договором страхування на умовах цієї Програми та не перебуває у родинних стосунках із Застрахованою особою або Вигодонабувачем за таким договором.

Нещасний випадок – раптова, непередбачена (незалежна від волі Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача) подія, включаючи протиправні дії третіх осіб, що супроводжується пошкодженням тканин організму людини з порушенням їх цілісності та функцій, деформацією та порушенням опорно-рухового апарату, викликаними зовнішнім впливом.

Для цілей цієї Програми, Нещасними випадками, за умови обов'язкової наявності ознак раптовості та непередбаченості (незалежності від волі Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача), також вважаються:

- Випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла;
 - Утоплення;
 - Анафілактичний шок (лише у разі, якщо він є наслідком медичних заходів, які було вжито до Застрахованої особи у безпосередньому зв'язку з подіями, зазначеними в першому абзаці цього пункту, та відразу після їх настання);
 - Тепловий удар, опік;
 - Обмороження;
 - Враження електричним струмом або блискавкою;
 - Випадкове отруєння отруйними речовинами, газами, ліками (за винятком професійних захворювань), недоброякісними продуктами харчування (за винятком харчової токсикоінфекції);
 - Отруєння наркотичними, токсичними або іншими речовинами, якщо їх вплив на організм був пов'язаний з виконанням громадянського обов'язку;
 - Укуси тварин, отруйних комах, змій, за винятком випадків, коли такий укусу спричинив заразу/інфекційну хворобу.
- Захворювання поліомієлітом або кліщовим енцефалітом вважається Страховим випадком за умови, якщо захворювання було виявлено за допомогою серологічного тесту не раніше, ніж через 15 (п'ятнадцять) календарних днів після укладення Договору страхування на умовах цієї Програми, або не пізніше, ніж через 15 (п'ятнадцять) календарних днів після його закінчення. Днем настання Страхового випадку вважається день, коли у Застрахованій особі було встановлено діагноз «поліомієліт» або «кліщовий енцефаліт». Страхова виплата здійснюється лише у разі смерті Застрахованої особи, або стійкої втрати нею працездатності. Розмір Страхової виплати, у будь-якому разі, не перевищуватиме еквіваленту 5000 євро;
- Розтягнення м'язів, зсув або розрив сполучних тканин, перелом здорових кісток внаслідок різких рухів або раптової напруги – якщо вони є наслідком непередбачених зовнішніх подій та відбулися безпосередньо після того, як наявність попередньої травми, отриманої внаслідок подій, зазначених у першому абзаці цього пункту, було встановлено у лікувальному закладі;
 - Наслідки впливу світла, сонячних променів, температури повітря або поганих погодних умов, якщо Застрахована особа знаходилася під таким впливом внаслідок раптових непередбачених подій, які відбулися безпосередньо перед цим (дорожньо-транспортна пригода та т. ін.); або внаслідок здійснення Застрахованою особою заходів щодо врятування людського життя, або внаслідок непередбачуваних обставин, яких не можна було запобігти;
 - Потрапляння інфекції у рану, отриману Застрахованою особою внаслідок подій, зазначених у першому абзаці цього пункту.

Не вважаються нещасними випадками:

- Будь-які загальні, інфекційні та професійні захворювання;
- Захворювання, які є наслідками психічних розладів;
- Будь-які види гриж, крім тих, які виникли внаслідок прямого uszkodження черевної порожнини / стінок шлунку через зовнішній механічний вплив – якщо це uszkodження також зачепило м'які тканини животу, що було підтверджено лікувальним закладом;
- Інфекції та захворювання, які виникають внаслідок різних форм алергії, зрізання або відривання родимок та інших наростів на шкірі;
- Анафілактичний шок, крім випадків, коли він виникає внаслідок медичних заходів, які було вжито до Застрахованої особи у безпосередньому зв'язку з подіями, які задовольняють ознакам нещасного випадку, та відразу після їх настання;
- Міжхребцева грижа, будь-які види люмбагії, зсунуті/здавлені хребці, сакралгія, міофасцит, шіас, фіброз та будь-які зміни в сакро-люмбарному відділі, які визначаються подібними термінами;
- Відшарування сітківки, крім випадків, коли воно є наслідком прямого поранення здорового ока, підтвердженого висновком лікувального закладу;
- Наслідки білої гарячки (delirium tremens) та перебування Застрахованої особи під впливом наркотиків або ліків;
- Наслідки лікування та/або хірургічних втручань, у тому числі, здійснених для лікування або запобігання хворобі, крім випадків, коли такі наслідки є результатом підтвердженої лікарської помилки (vitium artis);
- Патологічні зміни кісток та патологічні епіфізолізи;
- Системні захворювання сполучних тканин та ендокринні захворювання.

Обставини непереборної сили (форс-мажор) – події, які унеможливають виконання Сторонами Договору страхування на умовах цієї Програми їх обов'язків, визначених цим Договором, у тому числі: військові дії та їх наслідки; терористичні акти; піратські дії; громадянські заворушення; страйки; заколоти; проголошення надзвичайного або особливого стану; бунти; путчі; державні перевороти; змови; повстання; революції; вплив ядерної енергії, радіації або радіоактивного забруднення; конфіскації; реквізиції; знищення або пошкодження майна за розпорядженням цивільної або військової влади, інші дії органів державної влади; набуття чинності законодавчими та підзаконними актами, які унеможливають виконання Сторонами їх обов'язків, визначених Договором страхування на умовах цієї Програми.

Основний договір страхування – Договір страхування, який передбачає страхування тільки Основних страхових ризиків, визначених пунктом 3.1. Правил.

Перелом – травматичне порушення цілісності кістки (кісток) Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

Період виживання – встановлений Договором страхування на умовах цієї Програми проміжок часу тривалістю 30 (тридцять) календарних днів, що розпочинається з дати первинного діагностування у Застрахованої особи критичного захворювання або проведення операції з числа тих, що входять до визначення терміну «Критичне захворювання» згідно умов цієї Програми. Якщо Застрахована особа вмирає протягом Періоду виживання, Страхова виплата за Додатковим страховим ризиком «Критичне захворювання Застрахованої особи» Страховиком не здійснюється. Договором страхування на умовах цієї Програми може бути встановлено іншу, ніж 30 (тридцять) календарних днів, тривалість Періоду виживання.

Період очікування – встановлений Договором страхування на умовах цієї Програми проміжок часу тривалістю 90 (дев'яносто) календарних днів, що розпочинається з моменту набуття чинності таким Договором страхування. Протягом Періоду очікування події, які відповідають визначенням Додаткових страхових ризиків «Критичне захворювання Застрахованої особи» та «Хірургічне втручання в організм Застрахованої особи», не визнаються Страховими випадками та Страхові виплати за ними не здійснюються.

Договором страхування на умовах цієї Програми може бути встановлено іншу, ніж 90 (дев'яносто) календарних днів, тривалість Періоду очікування. При подовженні Страховиком стосовно визначеної Застрахованої особи строку дії Договору страхування, який передбачає покриття ризику «Критичне захворювання Застрахованої особи», на діючих умовах, Період очікування повторно не застосовується.

Постійна повна втрата працездатності – порушення стану здоров'я Застрахованої особи, супроводжуване суттєво вираженим розладом функцій організму – викликане захворюванням або наслідками нещасного випадку, визначеними Таблицею 3 «Страхові виплати при постійній повній втраті працездатності Застрахованою особою» цієї Програми – офіційно встановлене та визнане постійним, тобто таким, яке призвело до повної нездатності Застрахованої особи до трудової діяльності протягом всього життя, що залишилося.

Постійна часткова втрата працездатності – порушення стану здоров'я Застрахованої особи – викликане тілесними ушкодженнями її організму, визначеними Таблицею 4 «Страхові виплати при постійній частковій втраті працездатності Застрахованою особою» цієї Програми – офіційно встановлене та визнане постійним, тобто таким, яке призвело до нездатності Застрахованої особи до оплачуваної трудової діяльності протягом всього життя, що залишилося.

Програма страхування – встановлений Страховиком перелік умов страхування, які є основою для укладання Договору страхування.

Редукована страхова сума – зменшена Страхова сума, в межах якої продовжує діяти Договір страхування життя, розрахована Страховиком в односторонньому порядку у відповідності з Правилами, у випадку припинення сплати Страхувальником чергових Страхових платежів.

Смерть – припинення фізіологічних функцій організму Застрахованої особи, які підтримують її життєдіяльність.

Страхова виплата – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні Страхового випадку.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору страхування, зобов'язаний здійснити виплату при настанні Страхового випадку. Розмір Страхової суми визначається за згодою між Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування.

Страхове покриття – визначена Договором страхування сукупність зобов'язань Страховика перед Страхувальником щодо здійснення Страхової виплати за певним Страховим ризиком.

Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування або законодавством, яка відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату Страхової суми Страхувальнику, Застрахованій особі або іншій третій особі, згідно з умовами Договору страхування.

Страховий період – визначений Договором страхування проміжок часу, за який встановлюється розмір Страхового платежу. Як правило, Страховий період приймається рівним 365 або 366 календарним дням.

Страховий платіж (внесок, премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з умовами Договору страхування.

Страховий поліс – документ, що посвідчує факт укладання Договору страхування та є його формою.

Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування, і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

Страховий тариф – ставка Страхового платежу з одиниці Страхової суми за визначений період страхування.

Страховик – Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «УНІКА Життя», що створене за законодавством України та має ліцензію на здійснення страхування життя.

Страхувальник – юридична або фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

Строк страхування – проміжок часу, протягом якого на Застраховану особу розповсюджується дія страхового захисту.

Тимчасова втрата працездатності – неспроможність Застрахованої особи до оплачуваної праці протягом певного обмеженого періоду часу.

Тілесне ушкодження – порушення фізичної цілісності, внутрішніх або зовнішніх функцій організму Застрахованої особи, яке сталося протягом строку дії Договору страхування на умовах цієї Програми внаслідок нещасного випадку або лікарських маніпуляцій та передбачене Таблицею 1 «Страхові виплати при травматичних тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою» цієї Програми або Таблицею 2 «Страхові виплати при тяжких тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку» цієї Програми.

Хвороба – порушення стану здоров'я Застрахованої особи, не викликане нещасним випадком, яке діагностовано на підставі об'єктивних симптомів вперше після набуття чинності Договором страхування на умовах цієї Програми.

Хірургічне втручання – хірургічна операція або інші хірургічні маніпуляції на організмі Застрахованої особи, визначені Таблицею 5 «Страхові виплати при хірургічних втручаннях в організм Застрахованої особи» цієї Програми, необхідні для лікування тілесних ушкоджень або хвороби, вперше діагностованих протягом строку дії Договору страхування на умовах цієї Програми, або тих, які стали наслідком раптового непередбаченого загострення хронічного захворювання Застрахованої особи.

У разі, якщо, внаслідок змін чинного законодавства України, буде змінено визначення будь-якого з термінів, передбачених цим Розділом, у взаємодіючих Страхових та Страхувальницьких застосовуватиметься визначення, передбачене законодавством України.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Договори страхування на умовах цієї Програми укладаються:

а) між Страховиком і Страхувальниками – юридичними особами будь-якої форми власності.

б) між Страховиком і Страхувальниками – фізичними особами, якщо їх залучення до страхування здійснюється відповідно до агентських договорів/угод (договорів/угод доручення), укладених Страховиком з іншими юридичними або фізичними особами.

Предметом Договору страхування на умовах цієї Програми є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям і працездатністю Застрахованих осіб.

При укладанні із Страхувальниками – юридичними особами Договорів страхування життя на умовах цієї Програми, Страховик видає кожній Застрахованій особі індивідуальний Договір страхування (індивідуальний Страховий поліс).

1.2. Ця Програма страхування життя (далі – **Програма**), разом з копією Правил добровільного страхування життя (нова редакція) ПрАТ «СК «УНІКА Життя», є невід'ємною частиною Договору страхування на умовах цієї Програми.

1.3. Особами, застрахованими на умовах цієї Програми, можуть бути фізичні особи віком від 16 до, максимально, 65 років. Страховик має право встановлювати Договором страхування на умовах цієї Програми інші вікові обмеження для Застрахованих осіб, керуючись внутрішніми документами та політикою андеррайтингу.

1.4. Особами, застрахованими на умовах цієї Програми, не можуть бути: інваліди I або II групи інвалідності; особи, які мають онкологічні захворювання, та/або тяжкі форми захворювання серцево-судинної системи та/або ниркову недостатність; особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах із профілактики та боротьби зі СНІДом; особи, які вживають наркотики, токсичні речовини з метою токсичного отруєння; особи, які страждають алкоголізмом; особи, які перебувають у місцях позбавлення волі.

Якщо буде встановлено, що серед Застрахованих осіб, щодо яких між Страховиком і Страхувальником – юридичною особою було укладено Договір страхування на умовах цієї Програми, є особи, зазначені в абзаці першому цього пункту, індивідуальні Договори страхування таких Застрахованих осіб вважаються недійсними з моменту їх укладення (з урахуванням пункту 1.5. цієї Програми).

1.5. У виняткових випадках, Страховик може прийняти рішення щодо страхування на умовах цієї Програми осіб, зазначених в пункті 1.4. цієї Програми.

1.6. Страхові виплати, передбачені Договором страхування на умовах цієї Програми, Страхових здійснює на користь Застрахованих осіб

або Вигодонабувачів, визначених відповідними індивідуальними Договорами страхування (індивідуальними Страховими полісами), незалежно від будь-яких інших видів допомоги, пенсій та виплат, які вони отримують в рамках державного пенсійного забезпечення та соціального страхування, трудових та інших угод; за договорами страхування, укладеними з іншими Страховиками; сум, які належать до виплати ним в порядку відшкодування збитку згідно чинного законодавства.

- 1.7. Страхове покриття за індивідуальним Договором страхування, укладеним на умовах цієї Програми, припиняється на період позбавлення Застрахованої особи волі під час здійснення Компетентними органами стосовно неї слідчих дій.
- 1.8. Договором страхування на умовах цієї Програми може бути передбачено, що окремі положення цієї Програми не включаються в Договір і не діють в конкретних умовах страхування, якщо це не суперечить законодавству України.
- 1.9. За згодою Сторін, Договір страхування на умовах цієї Програми може бути переглянутий протягом його дії в частині зміни переліку Додаткових страхових ризиків, що покриваються; Страхової суми; Строку страхування; періодичності внесення Страхових платежів; строку здійснення Страхової виплати тощо. Будь-які зміни Договору страхування на умовах цієї Програми оформлюються додатковими угодами до нього або шляхом укладання нової редакції Договору страхування.

2. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ

- 2.1. Основними страховими ризиками за Договорами страхування на умовах цієї Програми можуть бути:
 - 2.1.1. Смерть Застрахованої особи, яка сталася протягом всього строку дії Договору страхування.
 - 2.1.2. Дожиття Застрахованої особи до закінчення дії Договору страхування та (або) досягнення Застрахованою особою віку, визначеного Договором страхування. Під дожиттям або досягненням віку розуміється факт дожиття Застрахованої особи до 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем, визначеним у Договорі страхування.
 - 2.2. Договір страхування на умовах цієї Програми може, додатково до Основних страхових ризиків, зазначених у пункті 2.1. цієї Програми, передбачати зобов'язання Страховика здійснити Страхові виплати у разі настання протягом строку дії Договору страхування на умовах цієї Програми наступних Страхових випадків (додаткове страхування), за винятком випадків, визначених Розділом 3 цієї Програми:
 - 2.2.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.
Під нещасним випадком, для цілей цієї Програми, розуміються події, які відповідають визначенню, наведеному в Розділі «Визначення термінів» цієї Програми.
 - 2.2.2. Смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби.
 - 2.2.3. Травматичні тілесні ушкодження, отримані Застрахованою особою.
 - 2.2.4. Тимчасова втрата працездатності Застрахованою особою:
 - а) внаслідок нещасного випадку, що трапився з Застрахованою особою під час дії Договору страхування;
 - б) внаслідок хвороби, яку вперше було діагностовано у Застрахованої особи під час дії Договору страхування.
 - 2.2.5. Інвалідність Застрахованої особи в результаті нещасного випадку:
 - а) інвалідність I групи;
 - б) інвалідність I, II групи;
 - в) інвалідність I, II, III групи.
 - 2.2.6. Інвалідність Застрахованої особи внаслідок хвороби:
 - а) інвалідність I групи;
 - б) інвалідність I, II групи;
 - в) інвалідність I, II, III групи.
 - 2.2.7. Інвалідність Застрахованої особи з будь-якої причини:
 - а) інвалідність I групи;
 - б) інвалідність I, II групи.
 - 2.2.8. Госпіталізація Застрахованої особи:
 - а) внаслідок нещасного випадку, що трапився з Застрахованою особою під час дії Договору страхування;
 - б) внаслідок хвороби, яку вперше було діагностовано у Застрахованої особи під час дії Договору страхування.
 - 2.2.9. Хірургічне втручання в організм Застрахованої особи:
 - а) внаслідок нещасного випадку, що трапився з Застрахованою особою під час дії Договору страхування. Страховик має право визначити у Договорі страхування на умовах цієї Програми Період очікування тривалістю не більше 180 днів, протягом якого не діє Страхове покриття вказаного випадку;
 - б) внаслідок хвороби, яку вперше було діагностовано у Застрахованої особи під час дії Договору страхування, або яка є наслідком раптового непередбаченого загострення хронічного захворювання. Страховик має право визначити у Договорі страхування на умовах цієї Програми Період очікування тривалістю не більше 180 днів, протягом якого не діє Страхове покриття вказаного випадку.
 - 2.2.10. Критичне захворювання Застрахованої особи.
Кваліфікація захворювання Застрахованої особи як критичного здійснюється Страховиком відповідно визначенням, наведеним у Розділі 16 цієї Програми.
 - 2.2.11. Тяжкі тілесні ушкодження, отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку.
 - 2.2.12. Постійна повна втрата працездатності Застрахованою особою:
 - а) внаслідок нещасного випадку, що трапився в період дії Договору страхування;
 - б) внаслідок хвороби, яку було вперше діагностовано в період дії Договору страхування або яка є наслідком раптового непередбаченого загострення хронічного захворювання в період дії Договору.Постійна повна втрата працездатності Застрахованою особою визнається Страховим випадком за умови, якщо вона тривала не менше 12 (дванадцяти) місяців з моменту її настання та якщо по завершенню цього строку Страховику надано медичний висновок, який підтверджує, що Застрахована особа не матиме здатності до трудової діяльності протягом всього життя, що залишилося.
 - 2.2.13. Постійна часткова втрата працездатності Застрахованою особою:
 - а) внаслідок нещасного випадку, що трапився в період дії Договору;
 - б) внаслідок хвороби, яку було вперше діагностовано в період дії Договору страхування або яка є наслідком раптового непередбаченого загострення хронічного захворювання в період дії Договору.
Події, зазначені в пунктах 2.2.1. – 2.2.13. цієї Програми, в подальшому вважатимуться Додатковими страховими ризиками.
 - 2.3. Події, визначені пунктом 2.2. цієї Програми визнаються страховими випадками, якщо вони відбулися протягом строку дії Договору страхування на умовах цієї Програми та були підтвержені документами, виданими Компетентними органами у встановленому законом порядку.
 - 2.4. За умови надання Страховику відповідного медичного висновку, Страховик також визнає Страховими випадками події, визначені пунктами 2.2.1., 2.2.5., 2.2.7., 2.2.8., 2.2.12., 2.2.13. цієї Програми, які є наслідками нещасного випадку, що стався у період дії Договору страхування на умовах цієї Програми, та відбулися протягом одного року від дати нещасного випадку.
 - 2.5. За умови надання Страховику відповідного медичного висновку, Страховик також визнає Страховими випадками події, визначені пунктами 2.2.2., 2.2.6., 2.2.7. цієї Програми, які є наслідками хвороби, яку було вперше діагностовано у Застрахованої особи в період дії Договору страхування на умовах цієї Програми, та відбулися протягом чотирьох місяців від дати діагностування хвороби.
 - 2.6. За бажанням Страховальника та за згодою Страховика, Договір страхування на умовах цієї Програми може передбачати виникнення зобов'язань Страховика здійснити Страхову виплату при настанні однієї з визначених пунктом 2.2. цієї Програми подій внаслідок нещасного випадку, який відбувся:
 - 2.6.1. Виключно в період виконання Застрахованою особою службових обов'язків за місцем основної роботи (або на місці виконання робіт, пов'язаних з виконанням службових обов'язків за місцем основної роботи), за виключенням поїздки на роботу та з роботи;
 - 2.6.2. Виключно в період виконання Застрахованою особою службових обов'язків за місцем основної роботи (або на місці виконання робіт, пов'язаних з виконанням службових обов'язків за місцем основної роботи), а також під час поїздки до місця роботи та з роботи на транспорті підприємства, а також на транспорті сторонньої організації;
 - 2.6.3. В період неробочого часу Застрахованої особи;

- 2.6.4. У будь-який проміжок часу протягом доби;
 - 2.6.5. Під час участі Застрахованої особи у заходах, визначених Договором страхування на умовах цієї Програми;
 - 2.6.6. Під час перебування Застрахованої особи у визначеному Договором страхування на умовах цієї Програми місці та (або) виконання Застрахованою особою дій, визначених Договором страхування на умовах цієї Програми;
 - 2.6.7. Під час поїздок Застрахованої особи, незалежно від їх території та мети;
 - 2.6.8. Виключно під час перебування Застрахованої особи у громадському транспорті;
 - 2.6.9. Виключно під час перебування Застрахованої особи в автомобілі;
 - 2.6.10. Виключно під час перельоту Застрахованої особи.
- 2.7. Конкретні Страхів ризики, за якими Страхувальником надається Страхове покриття, визначаються у Договорі страхування на умовах цієї Програми за домовленістю Сторін.
- 2.8. Договори страхування на умовах цієї Програми, які передбачають Страхове покриття за ризиками, визначеними пунктами 2.1.2. та 2.2. цієї Програми, обов'язково мають передбачати Страхове покриття за ризиком, визначеним пунктом 2.1.1. цієї Програми. При цьому строк, протягом якого Страхувальник несе відповідальність за ризиком, визначеним пунктом 2.1.1. цієї Програми, повинен бути не менший, ніж строк дії Договору страхування, який передбачає Страхове покриття за ризиками, визначеними пунктами 2.1.2. та 2.2. цієї Програми.
- 3. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ**
- 3.1. Якщо інше не передбачено Договором страхування, не вважаються Страхувальними випадками події, визначені пунктами 2.1.1. та 2.2. цієї Програми, якщо вони сталися з Застрахованою особою внаслідок:
- 3.1.1. Навмисних дій Застрахованої особи, Страхувальника або Вигодонабувача;
 - 3.1.2. Скоєння Страхувальником, Застрахованою особою або Вигодонабувачем дій, в яких правоохоронними органами встановлено склад злочину;
 - 3.1.3. Дій або бездіяльності Застрахованої особи, яка перебувала у стані або під впливом алкогольного (наркотичного, токсичного) сп'яніння;
 - 3.1.4. Дій Застрахованої особи, вчинених у стані істотного погіршення психічного сприйняття внаслідок вживання алкоголю та/або його сурогатів, наркотичних та/або токсичних речовин;
 - 3.1.5. Керування Застрахованою особою транспортним засобом у стані алкогольного (наркотичного, токсичного) сп'яніння або без наявності посвідчення водія відповідної категорії; передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом іншій особі, яка знаходилася в стані алкогольного (наркотичного, токсичного) сп'яніння; передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, яка не має посвідчення водія відповідної категорії;
 - 3.1.6. Вживання Застрахованою особою алкоголю або його сурогатів, наркотичних або токсичних речовин, лікарських препаратів без призначення лікаря;
 - 3.1.7. Землетрусу, інших стихійних явищ, внаслідок біологічних або хімічних катастроф, а також впливу ядерного вибуху, радіації або радіоактивного зараження.
 - 3.1.8. Активної участі Застрахованої особи у війні, військових діях, революції, заколоті, повстанні, громадянській війні, буд-яких громадських заворушеннях, страйку. Активність участі Застрахованої особи в цих подіях визначається на підставі документів Компетентних органів;
 - 3.1.9. Перебування Застрахованої особи у складі збройних сил будь-якої держави.
- 3.2. Якщо інше не передбачене Договором страхування на умовах цієї Програми, Страхувальник здійснює виплату Викупної суми, якщо Страхувальний випадок відбувся під час:
- 3.2.1. Використання Застрахованою особою літального апарату (за винятком випадків, коли Застрахована особа була пасажиром турбогвинтового, реактивного літаку, або планеру, допущених до здійснення польотів цивільної авіації, або пасажиром військового літаку, який був застосований для транспортування людей);
 - 3.2.2. Участі Застрахованої особи у перегонах (або тренуваннях до перегонів) на будь-якому сухопутному, повітряному або водному засобі пересування;
 - 3.2.3. Зайняття Застрахованою особою екстремальними видами спорту на землі, у горах, у повітрі або на воді;
 - 3.2.4. Довготривалого перебування Застрахованої особи у кліматично небезпечних регіонах, поїздок до регіонів з нестабільною політичною ситуацією, у тому числі, в якості члена наукових або інших експедицій.
- 3.3. Самогубство або наслідки замаху на самогубство вважаються Страхувальним випадком через три роки після укладення Договору страхування, або внесення змін до Договору страхування, або відновлення його дії. До закінчення вищезазначеного трирічного строку здійснюється лише виплата Викупної суми. У випадку отримання Страхувальником доказів того, що самогубство відбулося у стані порушення діяльності мозку, викликаного хворобою, що унеможливує вільне волевиявлення, Застрахованій особі надається повний страховий захист.
- 3.4. Якщо інше не передбачене Договором страхування на умовах цієї Програми, не надається Страхове покриття та не здійснюються Страхові виплати, якщо подія з числа визначених пунктом 2.1.1. та/або пунктом 2.2. цієї Програми відбулася внаслідок:
- а) захворювання, яке було виявлено та/або на яке хворіла Застрахована особа на момент укладення Договору страхування на умовах цієї Програми,
 - б) захворювання, яке стало наслідком розвитку у Застрахованої особи хвороби, кваліфікованої як передіснуючий стан.
- 3.5. Якщо інше не передбачене Договором страхування на умовах цієї Програми, Страхувальник звільняється від виконання обов'язків за Договором страхування на умовах цієї Програми, якщо подія з числа визначених пунктом 2.1.1. та/або пунктом 2.2. цієї Програми відбулася внаслідок уродженої хвороби Застрахованої особи, або викликаного нею захворювання.
- 3.6. Якщо інше не передбачене Договором страхування на умовах цієї Програми, Страхувальник звільняється від виконання обов'язків за Договором страхування на умовах цієї Програми, якщо хірургічне втручання в організм Застрахованої особи та/або її госпіталізація були прямо пов'язані з вагітністю; пологами; абортom; неофіційним абортom (тобто, абортom, здійсненим поза меж лікувального закладу); гінекологічними хворобами; косметичною або пластичною хірургією, за виключенням випадків, коли косметична або пластична операція була здійснена внаслідок події, визначеної нещасним випадком згідно цієї Програми.
- 3.7. Страхувальником можуть встановлюватись додаткові обмеження щодо Страхового покриття для Застрахованої особи, зокрема за її віком, станом здоров'я, способом життя, спадковістю, умовами праці та побуту, а також інші обмеження з урахуванням конкретних умов страхування.
- 3.8. Договором страхування на умовах цієї Програми може бути передбачене обмеження щодо Страхової виплати, якщо настання одного Страхового випадку спричинило настання іншого Страхового випадку протягом певного періоду часу, визначеного Договором страхування на умовах цієї Програми.
- 3.9. Будь-які зміни обсягів обмежень Страхового покриття та/або Страхових виплат, інших умов Договору страхування на умовах цієї Програми, які прямо або опосередковано впливають на застосування Розділу 3 цієї Програми, допускаються за згодою Сторін у випадках, коли такі зміни не суперечать законодавству України.
- 3.10. Страхове покриття за Додатковими страховими ризиками оформлюється у вигляді додатку до Основного договору страхування на умовах цієї Програми та надається, як правило, на строк один рік, з можливістю його подовження на діючих умовах, шляхом внесення відповідних змін до Договору страхування на умовах цієї Програми.
- 3.11. У будь-якому разі, страхове покриття за Додатковими страховими ризиками набуває чинності не раніше дати набуття чинності Основним договором страхування, та автоматично припиняється у разі припинення сплати Страхових внесків за Основним договором страхування.
- 4. ТЕРИТОРІЯ ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**
- 4.1. Договір страхування на умовах цієї Програми діє на території всіх країн світу, якщо інше не передбачене Договором страхування на умовах цієї Програми.
- 4.2. Будь-які визначення календарних дат та часу у Договорі страхування на умовах цієї Програми, здійснюються за київським часом, якщо іншого не визначено Договором страхування.

5. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

- 5.1.** Розміри Страхових сум встановлюються для кожної Застрахованої особи за згодою Сторін Договору страхування на умовах цієї Програми.
- 5.2.** За згодою Сторін Договору страхування на умовах цієї Програми, може встановлюватися гранична Страхова сума за Договором страхування на умовах цієї Програми:
- за кожним Страховим ризиком окремо;
 - за групою Страхових ризиків;
 - за Договором страхування в цілому (за всіма Страховими ризиками, включеними до одного Договору страхування).
- 5.3.** Розмір Страхового платежу визначається, виходячи із Страхових сум і тарифів, розрахованих згідно умов цієї Програми та Договору страхування.
- Страхові тарифи є невід'ємною частиною цієї Програми. Розмір Страхового тарифу залежить від віку, статі Застрахованої особи та від ставки інвестиційного доходу, яка використовувалась при розрахунку Страхового тарифу, та обчислюється Страховиком актуарно – на підставі відповідної статистики настання Страхових випадків та даних, викладених у Заяві на страхування. При розрахунку Страхового тарифу, Страховиком використовується вік Застрахованої особи, розрахований як різниця між роком народження Застрахованої особи та роком, у якому укладається Договір страхування. В Договорі страхування на умовах цієї Програми, який передбачає страхове покриття ризику, визначеного пунктом 2.1.2. цієї Програми, вказується ставка інвестиційного доходу, виходячи з якої було визначено Страховий тариф.
- У кожному конкретному випадку, в залежності від чинників, які суттєво впливають на характер Страхового ризику (стан здоров'я, наявність шкідливих звичок, спосіб життя, ризикованість професійної діяльності Застрахованої особи), Страховик може застосовувати для розрахунку остаточного розміру Страхового тарифу, відповідно, понижуючі та підвищувальні коригувальні коефіцієнти, які зазначені в цій Програмі.
- У разі включення Страховальником до Договору страхування на умовах цієї Програми нових Застрахованих осіб після набуття чинності таким Договором, Страховий платіж за Страховим ризиком, визначеним пунктом 2.1.1. цієї Програми, у будь-якому разі розраховується, виходячи зі Строку страхування, не меншого одного календарного року.
- 5.4.** Порядок і періодичність сплати Страхових платежів визначається Договором страхування на умовах цієї Програми.
- 5.5.** Страхові платежі за Договором страхування на умовах цієї Програми можуть сплачуватися Страховальником щорічно, два рази на рік, шокварталу або щомісяця, якщо це передбачено Договором страхування. При внесенні Страховальником Страхових платежів частіше одного разу на рік, щорічний платіж збільшується:
- на 6% - при сплаті Страхових платежів щомісяця;
 - на 3% - при сплаті Страхових платежів шокварталу;
 - на 2% - при сплаті Страхових платежів два рази на рік.
- 5.6.** Страховальник несе будь-які витрати, пов'язані зі сплатою Страхових платежів.
- 5.7.** При сплаті Страхових платежів частіше одного разу на рік, кожний черговий платіж повинен бути сплачений до закінчення періоду, за який оплата вже виконана. При цьому, Страховальнику надається наступний період (надалі – Пільговий період), протягом якого можна внести Страховий платіж без відповідного зменшення (редукування) Страхової суми згідно умов пунктів 5.10. – 5.12. цієї Програми:
- при сплаті Страхових платежів один раз на рік - не пізніше 10 (десяти) робочих днів від річниці попередньої сплати;
 - при сплаті Страхових платежів два рази на рік - не пізніше 7 (семи) робочих днів від дати чергової сплати;
 - при сплаті Страхових платежів шокварталу - не пізніше 5 (п'яти) робочих днів від дати чергової сплати;
 - при сплаті Страхових платежів щомісяця - не пізніше 3 (трьох) робочих днів від дати чергової сплати.
- 5.8.** У випадку несплати Страховальником чергового Страхового платежу, з урахуванням положень п. 5.7. цієї Програми, Страховик робить йому попередження. У разі непогашення Страховальником боргу по Страхових платежах у термін, повідомлений Страховиком, останній залишає за собою право розірвати Договір страхування після закінчення цього терміну. Подовження терміну сплати Страхового платежу Страховальником понад термін, вказаного у першому абзаці цього пункту, можливе лише за умови підписання Страховиком і Страховальником відповідної письмової угоди.
- 5.9.** У випадку непогашення Страховальником заборгованості за Страховими платежами протягом терміну, повідомленого у попередженні або вказаного у письмовій угоді, укладеній відповідно до пункту 5.8. цієї Програми, Страховик має право розірвати Договір страхування починаючи з дати закінчення терміну, повідомленого у попередженні або вказаного у письмовій угоді, або редукувати Страхову суму (якщо Договір страхування передбачає страхування ризику, визначеного пунктом 2.1.2. цієї Програми).
- 5.10.** Якщо це передбачено Договором страхування, у випадку, якщо Страховальник не сплатив черговий Страховий платіж протягом строків, вказаних у Договорі страхування (попередженні або письмовій угоді), Страховик має право в односторонньому порядку здійснити перерахунок (редукування) Страхової суми, виходячи з фактично сплачених Страхових платежів, при цьому страхування за додатковими ризиками припиняється.
- Про Редуковану страхову суму Страховик повідомляє Страховальника протягом 30 (тридцяти) днів після закінчення строку сплати чергового Страхового платежу, з урахуванням положень пунктів 5.8. – 5.9. цієї Програми.
- Договір страхування з Редукованою страховою сумою діє, починаючи з дня, наступного за останнім днем, коли Страховий платіж, що не був сплачений, мав бути внесений Страховальником згідно з умовами початкового Договору страхування (тобто, без врахування положень пунктів 5.8. – 5.9. цієї Програми). Дата закінчення дії Договору страхування з Редукованою страховою сумою співпадає з датою закінчення початкового Договору страхування.
- У випадку, коли Страховальник не є Застрахованою особою, Страховик може повідомити Застраховану особу про несплату Страховальником чергового Страхового платежу. При цьому, Застрахована особа може самостійно внести Страховий платіж, або за неї це може виконати інша особа, яка виявила бажання прийняти на себе права та обов'язки Страховальника за Договором страхування життя цієї Застрахованої особи.
- 5.11.** Після редукування страхової суми, Страховальник має право відновити Страхову суму, яка була передбачена при укладанні початкового Договору страхування.
- При цьому, Страховальник одноразово сплачує прострочені Страхові платежі та суму коштів, що відповідає величині інвестиційного доходу, розрахованого за ставкою, зазначеною у Договорі страхування, який був втрачений за Договором страхування через несплату Страхових платежів.
- Крім того, у випадку внесення чергових Страхових платежів частіше одного разу на рік, Страховальник одноразово сплачує всі платежі, що належать до сплати за весь поточний Страховий період.
- Якщо Страхова сума відновлюється по закінченні 4 (чотирьох) місяців після дати набуття чинності Договором страхування з Редукованою страховою сумою, Страховик має право вимагати проходження Застрахованою особою медичного обстеження за її власний рахунок і, в залежності від отриманих даних, установити інші умови Договору страхування.
- 5.12.** Договір страхування з відновленими умовами страхування вступає в силу з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження на розрахунковий рахунок Страховика прострочених Страхових платежів, розрахованих у відповідності з умовами Договору страхування та пункту 5.11. цієї Програми.
- 5.13.** Положення пунктів 5.10. – 5.12. цієї Програми стосуються виключно Договорів страхування на умовах цієї Програми, які передбачають страхування ризику, визначеного пунктом 2.1.2. цієї Програми (з врахуванням пункту 2.8. цієї Програми). Страхові платежі, сплачені Страховальником за страхування Додаткових страхових ризиків, не враховуються при розрахунку Страховиком Редукованої страхової суми.
- 5.14.** Страховик здійснює збільшення розміру Страхової суми та (або) розміру Страхових виплат на суми (бонуси), які визначаються ним один раз на рік за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів резервів із страхування життя, за вирахуванням витрат Страховика на ведення справи (у розмірі до 15 відсотків отриманого інвестиційного доходу) та обов'язкового відрахування в математичні резерви частки інвестиційного доходу, що відповідає розміру інвестиційного доходу, який застосовується для розрахунку страхового тарифу за цим Договором страхування.

- Положення цього пункту застосовуються виключно при укладанні Договорів страхування, які передбачають страхування ризику, визначеного пунктом 2.1.2. цієї Програми (з врахуванням пункту 2.8. цієї Програми).
- Розмір додаткових страхових зобов'язань, які нараховані на Страхову суму, повідомляється Страхувальнику письмово, та його не може бути у подальшому зменшено у односторонньому порядку. Виплати додаткових страхових зобов'язань здійснюються одночасно з виплатою Страхової суми по закінченню строку дії Договору страхування на умовах цієї Програми, або у випадку смерті Застрахованої особи. У разі необхідності, Страховик може визначити інший спосіб виплати додаткових страхових зобов'язань у відповідному Договорі страхування на умовах цієї Програми.
- 5.15.** Договір страхування може передбачати індексацію (зміну) за офіційним індексом інфляції розміру Страхової суми та (або) Страхових виплат протягом дії Договору страхування за умови відповідної індексації (зміни) розміру Страхового платежу (Страхової премії).
- 5.16.** У разі вклучення Страхувальником до Договору страхування, укладеного на умовах цієї Програми, нових Застрахованих осіб після набуття чинності таким Договором, Страховий платіж відносно таких Застрахованих осіб встановлюється в залежності від строку, на який надається Страхова покриття, у наступних частках від суми річного Страхового платежу:
за 1 місяць – 25%, за 2 місяці – 35%, за 3 місяці – 40%, за 4 місяці – 50%, за 5 місяців – 60%, за 6 місяців – 70%, за 7 місяців – 75%, за 8 місяців – 80%, за 9 місяців – 85%, за 10 місяців – 90%, за 11 місяців – 95%.
- 6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ**
- 6.1.** Страхова сума встановлюється за згодою Сторін при укладанні Договору страхування на умовах цієї Програми у гривнях або у вільноконвертованій валюті.
- 6.2.** Розрахунки між Сторонами Договору страхування на умовах цієї Програми (сплата Страхових платежів, здійснення Страхових виплат, виплата Викупних сум тощо) можуть здійснюватися:
- 6.2.1.** Для Страхувальників-нерезидентів України – у валюті страхування, відповідно до чинного законодавства України.
- 6.2.2.** Для Страхувальників-резидентів України:
- в гривнях, якщо Страхова сума встановлена в гривнях;
- в гривневому еквіваленті сум, виражених у вільноконвертованій валюті.
- 6.3.** Гривневий еквівалент сум, виражених у вільноконвертованій валюті, визначається:
- 6.3.1.** При сплаті Страхових платежів – за курсом Національного банку України на день сплати.
- 6.3.2.** При здійсненні Страхових виплат при настанні Страхових випадків – за курсом Національного банку України на день підписання страхового акту.
- 7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**
- 7.1.** Договір страхування на умовах цієї Програми укладається у письмовій формі у письмовій або усній заяві Страхувальника. Письмова заява складається Страхувальником у довільній формі.
- 7.2.** Кожна Застрахована особа заповнює та підписує Заяву на страхування встановленої Страховиком форми, або список Застрахованих осіб, засвідчуючи свою згоду бути Застрахованою особою. Заяви на страхування працівників Страхувальника – юридичної особи завіряються підписом керівника юридичної особи чи уповноваженої ним особи та печаткою.
Страховик укладає з кожною Застрахованою особою індивідуальний Договір страхування шляхом надіслання Страховиком Застрахованій особі копії Правил страхування та індивідуального Договору страхування, який не містить розбіжностей з Заявою на страхування, поданою відповідно до попереднього абзацу.
- 7.3.** Договори страхування на умовах цієї Програми можуть укладатися без попереднього медичного обстеження потенційних Застрахованих осіб. При цьому, Страховик залишає за собою право у кожному конкретному випадку перед укладенням Договору страхування на умовах цієї Програми вимагати від потенційних Застрахованих осіб заповнення Анкети про стан здоров'я Застрахованої особи встановленої Страховиком форми, проведення попереднього медичного обстеження, а також надання додаткових документів, необхідних для оцінки рівня Страхового ризику. За результатами аналізу отриманої таким чином інформації, Страховик прийматиме індивідуальні андеррайтерські рішення щодо застосування корегувальних коефіцієнтів до Страхового тарифу та/або встановлення індивідуальних умов страхування.
Попереднє медичне обстеження здійснюється за рахунок Страхувальника або потенційної Застрахованої особи. Договором страхування на умовах цієї Програми може бути передбачена часткова або повна сплата Страховиком вартості медичного обстеження потенційної Застрахованої особи.
- 7.4.** У випадку втрати Страхувальником Договору страхування на умовах цієї Програми або втрати Застрахованою особою її індивідуального Договору страхування, Страховик, на підставі особистої письмової заяви Страхувальника або Застрахованої особи, видає відповідний дублікат, після чого втрачений Договір страхування (індивідуальний Договір страхування) вважається недійсним та страхові виплати за ним не здійснюються. При повторній втраті Договору страхування (індивідуального Договору страхування) або його дублікату під час дії Договору страхування, Страховик стягне зі Страхувальника (Застрахованої особи) грошову суму в розмірі вартості виготовлення Договору страхування (індивідуального Договору страхування) і вартості технічних витрат на його оформлення та обробку.
- 7.5.** Уся інформація про Страхувальника, Застрахованих осіб, Вигодонабувачів, яка стала відома Страховику у зв'язку з укладенням, виконанням і припиненням (розірванням) Договору страхування на умовах цієї Програми (індивідуальних Договорів страхування), є конфіденційною. Така інформація може бути використана виключно з метою виконання Договору страхування на умовах цієї Програми (індивідуальних Договорів страхування) і не підлягає розголошенню Страховиком або будь-яким його представником, якщо інше не передбачене чинним законодавством України.
Однак, Страховик має право передавати перестраховику або співстраховику дані про Застраховану особу у тому обсязі, в якому це необхідно для оцінки ризику з метою укладення договору перестраховування, співстраховування та т. ін. Обробка та зберігання відомостей, які містять персональні дані Застрахованих осіб, здійснюється Страховиком у відповідності з вимогами чинного законодавства України.
- 7.6.** Повідомлення Страховику Страхувальником або Застрахованою особою свідомо неправдивої та/або недостовірної інформації, вказаної в Заяві на страхування, Анкеті про стан здоров'я Застрахованої особи, інших документах, наданих за вимогою Страховика, а також надання фіктивних та/або фальсифікованих документів є підставою для вимоги Страховика визнати Договір страхування на умовах цієї Програми (індивідуальний Договір страхування) недійсним.
- 8. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**
- 8.1.** Строк дії Договору страхування на умовах цієї Програми встановлюється в цілих роках, за згодою Сторін, якщо інше не передбачене Договором страхування.
- 8.2.** Договір страхування на умовах цієї Програми набуває чинності з моменту внесення Страхувальником першого Страхового платежу, якщо інше не передбачене Договором страхування.
- 9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**
- 9.1. Протягом строку дії Договору на умовах цієї Програми, Страхувальник має право:**
- 9.1.1.** Призначити, з письмового дозволу Застрахованої особи, одну чи декількох осіб одержувачем (одержувачами) Страхової виплати – Вигодонабувачем (Вигодонабувачами) за Договором страхування на умовах цієї Програми.
Якщо Вигодонабувач не буде призначений, одержувачами Страхової виплати у випадку смерті Застрахованої особи, будуть її спадкоємці за законом.
- 9.1.2.** Замінювати Вигодонабувача іншою особою протягом строку дії Договору страхування на умовах цієї Програми, за згодою Застрахованої особи та за умови письмового повідомлення Страховика.
- 9.1.3.** Достроково припинити дію Договору страхування на умовах цієї Програми, згідно з умовами чинного законодавства України, але за умови письмового повідомлення Страховика не пізніше, ніж за 30 (тридцять) днів до запропонованої дати припинення дії Договору.

- 9.1.4. Вносити пропозиції щодо зміни умов Договору страхування на умовах цієї Програми шляхом укладання додаткових угод до діючого Договору страхування.
- 9.1.5. Вносити зміни до списку Застрахованих осіб шляхом надання Страховику письмової заяви про включення відповідних осіб до списку Застрахованих осіб або їх виключення з цього списку, не пізніше, ніж за 10 (десять) робочих днів до дати внесення таких змін. На підставі письмової заяви Страхувальника оформлюється додаткова угода до Договору страхування на умовах цієї Програми, яка містить оновлений список Застрахованих осіб та, у разі необхідності, суму додаткового Страхового внеску, належного до сплати Страхувальником.
- 9.1.6. Отримувати від Страховика інформацію стосовно його фінансової стійкості, яка не є комерційною таємницею.
- 9.2. Страхувальник зобов'язаний:**
- 9.2.1. Ознайомитися з умовами та Правилами страхування та засвідчити цей факт підписом уповноваженої особи Страхувальника.
- 9.2.2. Сплачувати Страхові платежі (внески, премії) у розмірі і строки, обумовлені Договором страхування.
- 9.2.3. При укладанні Договору – надати достовірні відомості про вік, професію Застрахованих осіб, стан їх здоров'я та перенесені ними захворювання (нешасні випадки), а також інші відомості, що вимагає Страховик, та які необхідні для визначення рівня Страхового ризику та розміру Страхового тарифу.
- 9.2.4. Повідомити Страховика про настання Страхового випадку, згідно з умовами пункту 10.1. цієї Програми.
- 9.2.5. Повідомляти в письмовій формі Страховика про події (обставини), які вплинули (можуть вплинути) на рівень Страхового ризику, протягом 5 (п'яти) робочих днів з того моменту, коли Страхувальнику стане відомо про настання (можливе настання) таких подій – для прийняття Страховиком рішення про необхідність зміни істотних умов Договору страхування.
- 9.2.6. Вживати всіх необхідних заходів для запобігання і зменшення шкоди життю та здоров'ю Застрахованих осіб.
- 9.2.7. Повідомляти Страховика про зміни інформації, необхідної для ідентифікації Страхувальника (назви, організаційно-правової форми, юридичної (фактичної, поштової) адреси, банківських реквізитів тощо) і Застрахованої особи (прізвища, постійного місця проживання, адреси за місцем реєстрації, поштової адреси тощо); надавати Страховику іншу необхідну інформацію.
- 9.2.8. Умовами Договору страхування на умовах цієї Програми можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.
- 9.3. Страховик має право:**
- 9.3.1. Перевіряти достовірність даних та інформації, наданої Страхувальником та/або Застрахованими особами, всіма доступними йому способами, які не суперечать законодавству України, зокрема вимагати інформацію медичних установ про стан здоров'я Застрахованої особи та інші документи, необхідні для оцінки рівня Страхового ризику за Договором страхування.
- 9.3.2. Контролювати виконання Страхувальником і Застрахованими особами положень цієї Програми, Договору страхування на умовах цієї Програми, проводити незалежну перевірку обставин настання Страхового випадку.
- 9.3.3. Достроково припинити дію Договору страхування на умовах цієї Програми у випадку надання Страхувальником недостовірних або неповних відомостей, які мають значення для оцінки Страхового ризику та для прийняття рішення щодо укладання Договору страхування на умовах цієї Програми. Про дату припинення дії Договору страхування на умовах цієї Програми Страховик повідомляє Страхувальника протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту прийняття відповідного рішення.
- 9.3.4. Вимагати зміни умов укладеного Договору страхування на умовах цієї Програми (зокрема, збільшення розміру Страхових платежів) або дострокового припинення дії Договору страхування у випадку зміни рівня Страхового ризику протягом строку дії Договору страхування.
- 9.3.5. Відстрочити Страхову виплату, якщо за фактом смерті Застрахованої особи порушено кримінальну справу, до моменту припинення або закінчення розгляду справи. Якщо у Страховика є підстави для проведення власного розслідування за фактом смерті Застрахованої особи для повного з'ясування обставин настання Страхового випадку, він може відстрочити Страхову виплату на термін не більше 6 (шести) місяців.
- 9.3.6. При наявності сумнівів щодо повноти та достовірності документів і відомостей, які надані Страховику для здійснення Страхової виплати – відстрочити її до отримання підтвердження їх достовірності або отримання додаткових підтверджуючих документів і відомостей, але цей термін не може перевищувати 6 (шести) місяців.
- 9.3.7. Для прийняття рішення про здійснення Страхової виплати, у разі необхідності, направляти запити до Компетентних органів для з'ясування причин та/або обставин настання Страхового випадку, а також вимагати від Страхувальника або Застрахованої особи надання додаткових відомостей та документів, які підтверджують факт настання Страхового випадку та/або розкривають його причини та обставини.
- 9.3.8. Відмовити у Страховій виплаті згідно умов, передбачених пунктом 11.20. цієї Програми.
- 9.3.9. Отримувати від Страхувальника або Застрахованої особи компенсацію, якщо з їх вини у Страховика виникли додаткові витрати, зокрема у випадках надання Застрахованій особі дублікату або копій індивідуального Договору страхування, перенесення терміну сплати Страхових платежів, згідно з пунктом 5.8. цієї Програми.
- 9.4. Страховик зобов'язаний:**
- 9.4.1. Ознайомити Страхувальника з Правилами страхування та цією Програмою.
- 9.4.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання Страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення Страхової виплати Страхувальнику.
- 9.4.3. Протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання заяви на здійснення Страхової виплати та всіх документів, передбачених пунктами 11.13. – 11.15. цієї Програми, прийняти рішення про здійснення Страхової виплати або про відмову у здійсненні Страхової виплати. Страховик повідомляє Страхувальника про прийняте рішення та, у разі відмови у Страховій виплаті, надає обґрунтування причин.
- 9.4.4. Здійснити Страхову виплату протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про її здійснення, або надати Страхувальнику письмово обґрунтовану відмову. У випадку відстрочення Страхової виплати – в такий самий термін – письмово повідомити про це особу, яка подала заяву на здійснення Страхової виплати з обґрунтуванням причин відстрочення. Страховик несе майнову відповідальність за порушення терміну здійснення Страхової виплати, вказаного у попередньому абзаці шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом.
- 9.4.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника, Застраховану особу та їх майнове становище, за винятком випадків, передбачених законом.
- 9.4.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.
- 9.5. Договором страхування може бути передбачено, що Застрахована особа зобов'язана:**
- 9.5.1. При укладанні Договору – надати достовірні відомості про свій вік, професію, стан здоров'я та перенесені захворювання, а також інші відомості, яких вимагає Страховик для визначення рівня Страхового ризику та розміру Страхового тарифу.
- 9.5.2. Повідомити Страховика про інші діючі Договори страхування свого життя.
- 9.5.3. Повідомляти в письмовій формі Страховика про події (обставини), які вплинули (можуть вплинути) на рівень Страхового ризику, протягом 5 (п'яти) робочих днів з того моменту, коли Застрахованій особі стане відомо про настання (можливе настання) таких подій (наприклад зміну умов праці, переїзд на інше місце проживання, виявлення тяжких захворювань, і т. ін.).
- 9.5.4. Вживати всіх необхідних заходів для запобігання і зменшення шкоди своєму життю та здоров'ю.
- 9.5.5. Договором страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Застрахованої особи.
- 9.6. Сторони Договору страхування на умовах цієї Програми зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, передбачувану зміну форми власності, про інші зміни, які можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків за Договором страхування.**
- 10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА, ЗАСТРАХОВАННОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**
- 10.1. У разі настання випадків, передбачених пунктами 2.2.3. – 2.2.13. цієї Програми, Страхувальник має повідомити про це Страховика протягом 2 (двох) робочих днів з моменту їх настання будь-яким доступним способом, який дозволяє об'єктивно зафіксувати факт

повідомлення. У разі неможливості здійснення цих заходів Страховальником з поважних причин, повідомити Страховика про настання Страхового випадку може Вигодонабувач (спадкоємці Застрахованої особи за законом) або Застрахована особа.

- 10.2. При настанні випадків, передбачених пунктами 2.1.2. та 2.2.3. – 2.2.13. цієї Програми, Страховальник має у термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів надати Страховику всі документи згідно Розділу 11 цієї Програми.
- 10.3. У разі неможливості з об'єктивних причин надати документи, передбачені Розділом 11 цієї Програми, в строк, зазначений у пункті 10.2. цієї Програми, Страховальник має надати ці документи протягом 3 (трьох) діб з дня їх отримання від Компетентних органів.
- 10.4. Страховальник має надати Страховику достовірні відомості про причини та обставини настання Страхового випадку, а також іншу необхідну інформацію, зазначену у Договорі страхування.
- 10.5. За умови виконання вимог, визначених пунктами 10.1. – 10.4. цієї Програми, Застрахована особа або Вигодонабувач має право звернутися до Страховика за отриманням Страхової суми (Страхової виплати), визначеної у Договорі страхування, в будь-який час після настання Страхового випадку.

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ

- 11.1. Загальна сума Страхових виплат за всіма Страховими випадками, які передбачені відповідним індивідуальним Договором страхування та сталися із Застрахованою особою, не може перевищувати:
 - а) розміру Страхової суми, встановленої за Страховим ризиком, визначеним пунктом 2.1.1. цієї Програми, – у випадку встановлення Страхових сум окремо за кожним Страховим ризиком або за групою Страхових ризиків,
 - б) розміру граничної Страхової суми, встановленої індивідуальним Договором страхування стосовно цієї Застрахованої особи в цілому (за всіма Страховими ризиками),якщо інше не передбачене умовами Договору страхування на умовах цієї Програми.
- 11.2. У відповідності з положеннями Договору страхування на умовах цієї Програми, Страховик здійснює одноразову Страхову виплату у розмірі Страхової суми на користь Вигодонабувача при настанні Страхових випадків, передбачених пунктами 2.1.1., 2.2.1 та 2.2.2. цієї Програми. Якщо Вигодонабувач не визначений або він помер, виплата здійснюється спадкоємцям Застрахованої особи, відповідно до чинного законодавства.
- 11.3. У відповідності з положеннями Договору страхування на умовах цієї Програми, Страховик здійснює одноразову Страхову виплату на користь Застрахованої особи при настанні Страхового випадку «Інвалідність Застрахованої особи в результаті нещасного випадку», передбаченого пунктом 2.2.5. цієї Програми:
 - 11.3.1. У розмірі до 100% Страхової суми – при встановленні компетентною лікарською комісією I групи інвалідності Застрахованої особи.
 - 11.3.2. У розмірі до 85% Страхової суми – при встановленні компетентною лікарською комісією II групи інвалідності Застрахованої особи.
 - 11.3.3. У розмірі до 80% Страхової суми – при встановленні компетентною лікарською комісією III групи інвалідності Застрахованої особи.

Якщо протягом того ж самого Страхового періоду компетентна лікарська комісія встановлює більш високу групу інвалідності Застрахованої особи, ніж та, за якою Страховиком було здійснено Страхову виплату згідно умов пунктів 11.3.2. та 11.3.3. цієї Програми, Страховик здійснює додаткову Страхову виплату у розмірі різниці між сумою Страхової виплати, належної до сплати за більш високою групою інвалідності та сумою Страхової виплати, вже здійсненої Страховиком.

- 11.4. У відповідності з положеннями Договору страхування на умовах цієї Програми, Страховик здійснює Страхову виплату на користь Застрахованої особи при настанні Страхового випадку «Інвалідність Застрахованої особи внаслідок хвороби», передбаченого пунктом 2.2.6. цієї Програми:
 - 11.4.1. У розмірі до 100% Страхової суми – при встановленні компетентною лікарською комісією I групи інвалідності Застрахованої особи.
 - 11.4.2. У розмірі до 85% Страхової суми – при встановленні компетентною лікарською комісією II групи інвалідності Застрахованої особи.
 - 11.4.3. У розмірі до 80% Страхової суми – при встановленні компетентною лікарською комісією III групи інвалідності Застрахованої особи.

Якщо протягом того ж самого Страхового періоду компетентна лікарська комісія встановлює більш високу групу інвалідності Застрахованої особи, ніж та, за якою Страховиком було здійснено Страхову виплату згідно умов пунктів 11.4.2. та 11.4.3. цієї Програми, Страховик здійснює додаткову Страхову виплату у розмірі різниці між сумою Страхової виплати, належної до сплати за більш високою групою інвалідності та сумою Страхової виплати, вже здійсненої Страховиком.

- 11.5. У відповідності з положеннями Договору страхування на умовах цієї Програми, Страховик здійснює одноразову Страхову виплату на користь Застрахованої особи при настанні Страхового випадку «Інвалідність Застрахованої особи з будь-якої причини», передбаченого пунктом 2.2.7. цієї Програми:
 - 11.5.1. у розмірі до 100% Страхової суми – при встановленні компетентною лікарською комісією I групи інвалідності Застрахованої особи.
 - 11.5.2. у розмірі до 85% Страхової суми – при встановленні компетентною лікарською комісією II групи інвалідності Застрахованої особи.

Якщо протягом того ж самого Страхового періоду компетентна лікарська комісія встановлює більш високу групу інвалідності Застрахованої особи, ніж та, за якою Страховиком було здійснено Страхову виплату згідно умов пунктів 11.5.2. цієї Програми, Страховик здійснює додаткову Страхову виплату у розмірі різниці між сумою Страхової виплати, належної до сплати за більш високою групою інвалідності та сумою Страхової виплати, вже здійсненої Страховиком.

- 11.6. У відповідності з положеннями Договору страхування на умовах цієї Програми, Страховик здійснює одноразову Страхову виплату на користь Застрахованої особи при настанні Страхового випадку «Постійна повна втрата працездатності Застрахованою особою», передбаченого пунктом 2.2.12. цієї Програми, згідно з Таблицею 3 «Страхові виплати при постійній повній втраті працездатності Застрахованою особою» цієї Програми.
Страховик залишає за собою право звернутися до незалежного лікаря-експерта для підтвердження незворотного характеру постійної повної непрацездатності Застрахованої особи.
- 11.7. Договором страхування на умовах цієї Програми, який передбачає страхування Додаткових страхових ризиків, передбачених пунктами 2.2.5, 2.2.6, 2.2.7., 2.2.12. цієї Програми, може бути встановлений період підтвердження діагнозу, тривалістю до 365 календарних днів, від дати встановлення компетентною лікарською комісією групи інвалідності або факту настання постійної повної втрати працездатності Застрахованою особою. Страхова виплата у таких випадках здійснюється Страховиком по завершенню періоду підтвердження діагнозу та за умови підтвердження компетентною лікарською комісією групи інвалідності або факту настання постійної повної втрати працездатності Застрахованою особою на дату завершення цього періоду.
- 11.8. У відповідності з положеннями Договору страхування на умовах цієї Програми, Страховик здійснює Страхову виплату на користь Застрахованої особи при настанні Страхового випадку «Тимчасова втрата працездатності Застрахованою особою», передбаченого пунктом 2.2.4. цієї Програми, у розмірі 0,1% від Страхової суми за кожен день непрацездатності Застрахованої особи, починаючи з четвертого дня непрацездатності, та не більше 90 календарних днів за одним Страховим випадком, якщо інше не передбачене умовами Договору страхування на умовах цієї Програми.
- 11.9. У відповідності з положеннями Договору страхування на умовах цієї Програми, Страховик здійснює Страхову виплату на користь Застрахованої особи при настанні Страхового випадку «Госпіталізація Застрахованої особи», передбаченого пунктом 2.2.8. цієї Програми, у розмірі 0,1% від Страхової суми за кожен день стаціонарного лікування Застрахованої особи, починаючи з четвертого дня госпіталізації, якщо інше не передбачене умовами Договору страхування на умовах цієї Програми. Договором страхування може бути встановлена максимальна кількість днів перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні, за яку здійснюється Страхова виплата у зв'язку з одним Страховим випадком.
- 11.10. У відповідності з положеннями Договору страхування на умовах цієї Програми, Страховик здійснює Страхову виплату на користь Застрахованої особи при настанні Страхового випадку «Травматичні тілесні ушкодження, отримані Застрахованою особою», передбаченого пунктом 2.2.3. цієї Програми, згідно з Таблицею 1 «Страхові виплати при травматичних тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою» цієї Програми.

- Отримання Застрахованою особою тілесних ушкоджень, вказаних у Таблиці 1 «Страхові виплати при травматичних тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою» цієї Програми, має бути підтверджено довідкою травм пункту або травматологічного відділення поліклініки або лікарні, із чітким зазначенням дати та характеру травми. Будь-які переломи, розриви зчленувань і вивихи мають бути документально підтверджені на підставі рентгенівських знімків з описанням цих знімків лікарем-рентгенологом.
- 11.10.1.** У разі отримання Застрахованою особою тілесних ушкоджень, які належать до одного підрозділу Таблиці 1 «Страхові виплати при травматичних тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою» цієї Програми, Страховик здійснює Страхову виплату лише за тим підпунктом Таблиці 1 «Страхові виплати при травматичних тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою» цієї Програми, який враховує найбільш тяжке ушкодження.
- 11.10.2.** У разі отримання Застрахованою особою тілесних ушкоджень, які належать до різних підрозділів Таблиці 1 «Страхові виплати при травматичних тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою» цієї Програми, Страховик здійснює Страхові виплати за кожним підпунктом Таблиці 1 «Страхові виплати при травматичних тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою» цієї Програми, який враховує відповідне ушкодження. При цьому, сумарна Страхова виплата не може перевищувати 100% Страхової суми, встановленої Договором страхування на умовах цієї Програми за страховим ризиком «Травматичні тілесні ушкодження, отримані Застрахованою особою».
- 11.10.3.** При отриманні Застрахованою особою травматичного тілесного ушкодження, не вказаного у Таблиці 1 «Страхові виплати при травматичних тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою» цієї Програми, яке потребувало стаціонарного лікування Застрахованої особи, Страховик здійснює – при наявності листка непрацездатності та довідки медичного закладу, які підтверджують наявність травматичного тілесного ушкодження – одноразову Страхову виплату:
- у розмірі 1% Страхової суми, встановленої за ризиком «Травматичні тілесні ушкодження, отримані Застрахованою особою» – якщо лікування Застрахованої особи тривало від 10 (десяти) до 19 (дев'ятнадцяти) календарних днів;
 - у розмірі 2% Страхової суми, встановленої за ризиком «Травматичні тілесні ушкодження, отримані Застрахованою особою» – якщо лікування Застрахованої особи тривало 20 (двадцять) і більше календарних днів.
- У разі, якщо протягом того ж Страхового періоду, у якому Страховиком, згідно з підпунктом 11.10.3. цієї Програми, було здійснено Страхову виплату, Застрахована особа отримує ще одне травматичне тілесне ушкодження, вказане у Таблиці 1 «Страхові виплати при травматичних тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою» цієї Програми, Страховик здійснює додаткову Страхову виплату. Розмір цієї додаткової Страхової виплати визначається як різниця між сумою Страхової виплати, яка має бути здійснена згідно з Таблицею 1 «Страхові виплати при травматичних тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою» цієї Програми, та сумою Страхової виплати, яку було здійснено Страховиком згідно з підпунктом 11.10.3. цієї Програми.
- 11.10.4.** У разі укладення між Страховиком і Страхувальником Договору страхування на умовах цієї Програми, який передбачатиме здійснення Страховиком Страхової виплати на користь Застрахованої особи при настанні Страхового випадку «Травматичні тілесні ушкодження, отримані Застрахованою особою» виключно згідно з підрозділом 97 та/або згідно з підрозділами 98-105 Таблиці 1 «Страхові виплати при травматичних тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою» цієї Програми, Страховик здійснює Страхову виплату на користь Застрахованої особи при отриманні Застрахованою особою травматичного тілесного ушкодження, передбаченого Підрозділом 97 та/або Підрозділами 98-105 Таблиці 1 «Страхові виплати при травматичних тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою» цієї Програми, з урахуванням положень підпунктів 11.10.1. та 11.10.2. цієї Програми.
- У разі укладення між Страховиком і Страхувальником Договору страхування на умовах, визначених попереднім абзацем, Страхове покриття згідно підрозділів 1-96 Таблиці 1 «Страхові виплати при травматичних тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою» цієї Програми не надається.
- 11.11.** При настанні Страхового випадку «Тяжкі тілесні ушкодження, отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку», передбаченого пунктом 2.2.11. цієї Програми – згідно з Таблицею 2 «Страхові виплати при тяжких тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку» цієї Програми.
- Отримання Застрахованою особою тілесних ушкоджень, вказаних у Таблиці 2 «Страхові виплати при тяжких тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку» цієї Програми, має бути підтверджено довідкою травм пункту або травматологічного відділення поліклініки або лікарні, із чітким зазначенням дати та характеру травми. Будь-які переломи, розриви зчленувань і вивихи мають бути документально підтверджені на підставі рентгенівських знімків з описанням цих знімків лікарем-рентгенологом.
- 11.11.1.** У разі отримання Застрахованою особою тілесних ушкоджень, які належать до одного підрозділу Таблиці 2 «Страхові виплати при тяжких тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку» цієї Програми, Страховик здійснює Страхову виплату лише за тим пунктом Таблиці 2 «Страхові виплати при тяжких тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку» цієї Програми, який враховує найбільш тяжке ушкодження.
- 11.11.2.** У разі отримання Застрахованою особою тілесних ушкоджень, які належать до різних підрозділів Таблиці 2 «Страхові виплати при тяжких тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку» цієї Програми, Страховик здійснює Страхові виплати за кожним пунктом Таблиці 2 «Страхові виплати при тяжких тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку» цієї Програми, який враховує відповідне ушкодження. При цьому, сумарна Страхова виплата не може перевищувати 100% Страхової суми, встановленої Договором страхування на умовах цієї Програми за страховим ризиком «Тяжкі тілесні ушкодження, отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку».
- 11.12.** У відповідності з положеннями Договору страхування на умовах цієї Програми, Страховик здійснює одноразову Страхову виплату на користь Застрахованої особи:
- 11.12.1.** При настанні Страхового випадку «Хірургічне втручання в організм Застрахованої особи», передбаченого пунктом 2.2.9. цієї Програми – згідно з Таблицею 5 «Страхові виплати при хірургічних втручаннях в організм Застрахованої особи» цієї Програми;
- 11.12.2.** При настанні Страхового випадку «Критичне захворювання Застрахованої особи», передбаченого пунктом 2.2.10. цієї Програми – у розмірі Страхової суми, встановленої Договором страхування на умовах цієї Програми за Додатковим страховим ризиком «Критичне захворювання Застрахованої особи», з урахуванням Періоду очікування та Періоду виживання, встановлених Договором страхування на умовах цієї Програми.
- Страховик має право відкласти Страхову виплату до моменту отримання висновку призначеного Страховиком лікаря-експерта, який підтверджує правильність діагнозу, поставленого Застрахованій особі;
- 11.12.3.** При настанні Страхового випадку «Постійна часткова втрата працездатності Застрахованою особою», передбаченого пунктом 2.2.13. цієї Програми – згідно з Таблицею 4 «Страхові виплати при постійній частковій втраті працездатності Застрахованою особою» цієї Програми.
- 11.13.** Для отримання Страхових виплат за Договором страхування на умовах цієї Програми, Страховику мають бути надані:
- заява на здійснення Страхової виплати встановленої Страховиком форми;
 - оригінал індивідуального Договору страхування (індивідуального Страхового полісу);
 - документи, що посвідчують особу одержувача виплати;
 - реквізити рахунку одержувача виплати, відкритого у банківській установі;
 - ідентифікаційний код або номер платника податку одержувача виплати.
- 11.14.** У разі смерті Застрахованої особи, одержувач Страхової виплати має додатково надати Страховику такі документи:
- лікарський висновок із зазначенням причини настання смерті, а також результати розтину Застрахованої особи, якщо його було здійснено;
 - свідцтво або довідку органу РАГС про смерть Застрахованої особи або їх нотаріально засвідчені копії.

- 11.15.** У разі настання Страхового випадку, пов'язаного з нещасним випадком, хворобою, тілесними ушкодженнями, хірургічним втручанням, госпіталізацією Застрахованої особи, Страховику додатково надаються такі документи:
- документ, що підтверджує факт і розкриває причини та обставини настання Страхового випадку, виданий Компетентним органом, компетентною лікарською комісією, лікувально-профілактичним або іншим медичним закладом (зокрема: акт про нещасний випадок; листок непрацездатності; документ, який засвідчує перенесення Застрахованою особою хірургічного втручання або захворювання, яке відповідає визначенню Страхового випадку, підтверджений відповідними лабораторними, клінічними, гістологічними, радіологічними та іншими дослідженнями);
 - документи лікувально-профілактичного закладу або компетентної лікарської комісії, із зазначенням характеру та ступеню впливу події, що призвела до настання Страхового випадку, на стан здоров'я та працездатність Застрахованої особи, які дозволяють визначити розмір Страхової виплати (зокрема, історію хвороби).
- 11.16.** Спадкоємці померлої особи, яка мала отримати страхову виплату за Договором страхування на умовах цієї Програми, мають додатково надати Страховику свідоцтво про право на спадщину або його нотаріально засвідчену копію.
- 11.17.** Документи, що підтверджують ступінь втрати працездатності Застрахованою особою, повинні бути видані Компетентним органом. Страховик має право вимагати у Страхувальника надання підтвердження повноважень Компетентних органів інших держав у спосіб, передбачений чинним законодавством України.
- 11.18.** Будь-які витрати, пов'язані з отриманням або нотаріальним посвідченням документів (їх дублікатів, копій), вказаних в пунктах 11.14. – 11.17. цієї Програми, несе Страхувальник або особа, яка подає заяву на виплату.
- 11.19.** Страхові виплати можуть бути отримані безпосередньо особою, яка відповідно до Договору страхування, має право на отримання Страхової виплати, чи за її нотаріально засвідченим дорученням – іншою особою. Якщо особа, що пред'являє Страховику оригінал індивідуального Договору страхування (індивідуального Страхового полісу), заявляє про свої права на повне або часткове отримання Страхової виплати, Страховик має право вимагати від цієї особи підтвердження цього права.
- 11.20.** Підставою для відмови Страховиком у Страховій виплаті є:
- 11.20.1.** Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувачів, їх спадкоємців), спрямовані на настання Страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням вказаними особами громадянського чи службового обов'язку, дії, вчинені в стані необхідної оборони (без перевищення її меж). Кваліфікація дій Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувачів, їх спадкоємців встановлюється відповідно до чинного законодавства України.
 - 11.20.2.** Вчинення Вигодонабувачем або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування умисного злочину, що призвів до Страхового випадку.
 - 11.20.3.** Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей щодо питань, які містяться у Заяві на страхування (включаючи Анкету про стан здоров'я Застрахованої особи), або про факт, причини та/або обставини настання Страхового випадку.
 - 11.20.4.** Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, їх спадкоємцями) Страховика про настання Страхового випадку (згідно умов Розділу 10 цієї Програми) без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин настання Страхового випадку.
 - 11.20.5.** Ненадання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, їх спадкоємцями) документів, які підтверджують факт настання Страхового випадку.
 - 11.20.6.** Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог пунктів 9.2.5. та 9.5.3. цієї Програми.
 - 11.20.7.** Договором страхування на умовах цієї Програми можуть бути передбачені інші підстави для відмови у Страховій виплаті, якщо це не суперечить закону.
- 11.21.** У випадку свідомого надання Страхувальником неправдивої інформації стосовно фактів, які необхідні Страховику для визначення істотних умов Договору страхування, Договір страхування може бути визнано недійсним у судовому порядку. У цьому випадку, або у разі припинення Договору страхування з ініціативи Страховика, Страхувальнику виплачується Викупна сума.
- 11.22.** При настанні (можливості настання) будь-яких подій, що впливають або можуть вплинути на ймовірність настання Страхового випадку, Страхувальник або Застрахована особа зобов'язані повідомити про це Страховика в письмовій формі протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту, коли Страхувальнику (Застрахованій особі) стане відомо про настання (можливість настання) зазначених подій. Якщо, на підставі отриманої інформації, Страховик прийняв рішення щодо зміни розміру Страхового платежу або Страхової суми, він надсилає Страхувальнику відповідну пропозицію. За умови згоди Страхувальника з пропозицією, сторони укладають додаткову угоду до діючого Договору страхування. Якщо Страхувальник не повідомив про настання подій, зазначених в абзаці першому цього пункту, або не прийняв пропозиції Страховика щодо збільшення Страхового платежу протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів від дати отримання повідомлення Страховика, то, при настанні страхового випадку, Страховик зменшує розмір Страхової виплати на суму різниці між фактично сплаченими Страховими платежами та Страховими платежами, які мали би сплачуватися Страхувальником, згідно з умовами цього пункту.
- 11.23.** Страхова виплата здійснюється Страховиком після виконання всіх умов, зазначених у цьому розділі Програми, шляхом перерахування на банківський рахунок, вказаний особою, яка має право на отримання Страхової виплати, за вирахуванням несплачених Страхових платежів поточного Страхового періоду та обов'язкових платежів, передбачених чинним законодавством України. Особа, яка має право на отримання Страхової виплати, сама несе ризики та витрати, пов'язані з отриманням Страхової виплати.
- 11.24.** При здійсненні Страхової виплати на користь особи, яка має постійне місце проживання за межами України, будь-які витрати, пов'язані зі здійсненням цієї виплати, несе зазначена особа.
- 12. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**
- 12.1.** Будь-які зміни умов Договору страхування на умовах цієї Програми здійснюються за взаємною згодою Страхувальника і Страховика.
- 12.2.** Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона, яка виступає ініціатором внесення таких змін, повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованої дати внесення змін.
- 12.3.** Зміни до умов Договору страхування оформлюються шляхом укладання додаткової угоди до діючого Договору страхування.
- 12.4.** Страховик має право в односторонньому порядку внести зміни в Договір страхування при настанні умов, зазначених у пункті 5.10. цієї Програми.
- 12.5.** При досягненні Сторонами згоди щодо запропонованих змін умов страхування, укладається додаткова угода до діючого Договору страхування, при цьому встановлюється розмір Страхових платежів згідно з тарифами Страховика, з урахуванням нових умов. При збільшенні кількості Застрахованих осіб, Страхувальник надає Страховику інформацію, необхідну для укладання Договору страхування, про осіб, що додатково страхуються. Договір страхування із зміненими умовами набирає чинності у порядку, передбаченому цим Договором.
- 13. ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**
- 13.1.** Договір страхування, укладений на умовах цієї Програми, припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у наступних випадках:
- 13.1.1.** З 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем, що визначений як день закінчення строку дії Договору страхування.
 - 13.1.2.** Після виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) за Договором страхування у повному обсязі – з дня остаточного розрахунку. У разі виконання Страховиком зобов'язань, передбачених індивідуальним Договором страхування щодо певної Застрахованої особи, припиняється дія тільки цього індивідуального Договору страхування.
 - 13.1.3.** У випадку, передбаченому пунктом 5.9. цієї Програми – з дня, наступного за останнім днем періоду, за який оплата вже виконана.

- 13.1.4.** У випадку прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним, а також у разі його укладання після настання Страхового випадку – з дня підписання Договору страхування.
- 13.1.5.** У випадку ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.
- 13.1.6.** У випадку ліквідації Страхувальника – юридичної особи, якщо Застрахована особа або інша особа не візьмуть на себе зобов'язання Страхувальника за договором страхування, укладеним на умовах цієї Програми.
- 13.1.7.** Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Дія Договору страхування життя не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами Договору та законодавством України. Про намір достроково припинити дію Договору страхування Страхувальник повинен письмово повідомити Страховика не пізніше, ніж за 30 (тридцять) днів до запропонованої дати припинення Договору страхування.
- 13.1.8.** З ініціативи Страховика – у випадку отримання ним інформації про обставини, які призвели (можуть призвести) до підвищення рівня Страхового ризику.
- 13.1.9.** У випадку винесення судом вироку, який передбачає позбавлення Застрахованої особи волі.
- 13.1.10.** В інших випадках, які передбачені законодавством України.
- 13.2.** У разі, якщо Договір страхування на умовах цієї Програми передбачає страхування Основного страхового ризику, визначеного пунктом 2.1.2. цієї Програми (з врахуванням пункту 2.8. цієї Програми), до такого Договору застосовуються положення, визначені пунктами 13.2., 13.4. та 13.5. Правил.

14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

- 14.1.** Спори, пов'язані з виконанням умов Договору страхування на умовах цієї Програми, розв'язуються шляхом переговорів Сторін або в порядку, передбаченому чинним законодавством України.
- 14.2.** У разі виникнення суперечок, пов'язаних з виконанням умов Договору страхування, укладеного на умовах цієї Програми, Страховик або Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) мають право залучити медичних експертів для проведення експертизи стану здоров'я Застрахованої особи, причинно-наслідкового зв'язку між поставленим діагнозом та захворюваннями (нешчасними випадками), які Застрахована особа мала до укладення Договору страхування, доцільності та необхідних обсягів (строку) її стаціонарного лікування тощо. При цьому, Страховик та Страхувальник (або Застрахована особа, або Вигодонабувач) призначають по одному експерту. До початку експертизи, обидва експерта обирають третього експерта, висновок якого буде вирішальним у випадку наявності розбіжностей між зробленими ними висновками. Кожна з Сторін нестиме витрати, пов'язані із залученням відповідного експерта, а також половину витрат, пов'язаних з залученням третього експерта.
- 14.3.** Позови за вимогами, які витікають із Договору страхування на умовах цієї Програми, можуть бути пред'явлені Страховику в термін, передбачений чинним законодавством України.

15. ОСОБЛИВІ УМОВИ

- 15.1.** У разі, якщо після здійснення Страховиком Страхових виплат, з'ясується, що до настання відповідних Страхових випадків призвели протиправні дії Страхувальника (Вигодонабувача, Застрахованої особи, їх спадкоємців), Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування та повернення фактично здійснених Страхових виплат за цими Страховими випадками, або повернення фактично здійснених Страхових виплат за Договором страхування, строк дії якого закінчився.
- 15.2.** Договором страхування на умовах цієї Програми може бути передбачено, що у випадках введення Урядом України, Національним банком України та іншими державними органами нових законодавчих і нормативно-правових актів, що впливають на фінансову політику і процеси страхування в Україні, які не дозволяють виконати умови укладених Договорів страхування, Страховик може запропонувати Страхувальнику внести відповідні зміни до умов Договору страхування – для їх приведення у відповідність з новим законодавством. Якщо Страхувальник не погоджується на внесення таких змін протягом 30 (тридцяти) календарних днів, дія Договору страхування достроково припиняється за ініціативою Страховика, згідно з умовами, викладеними у Розділі 13 цієї Програми. Однак, по відношенню до конкретних подій, які сталися до набуття чинності змінами законодавства, застосовується законодавство, яке діяло на момент виникнення зазначених подій.
- 15.3.** Якщо це передбачено Договором страхування на умовах цієї Програми, обидві Сторони залишають за собою право призупиняти виконання взаємних зобов'язань за Договором страхування на умовах цієї Програми у випадку проголошення надзвичайного стану та інших надзвичайних обставин, оголошених у встановленому чинним законодавством України порядку, а також у випадку виникнення Обставин непереборної сили – на період дії цих обставин.
- 15.4.** Будь-які повідомлення Страховика мають юридичну силу лише тоді, коли вони здійснені у письмовій формі та підписані уповноваженою особою Страховика. У разі зміни реквізитів Страхувальника – юридичної особи (назви, організаційно-правової форми, юридичної (фактичної, поштової) адреси, банківських реквізитів) він має письмово повідомити про це Страховика. У протилежному випадку, повідомлення надсилатимуться Страховиком на останню відому йому адресу та за останніми відомими йому реквізитами Страхувальника. У цьому випадку Страхувальник несе ризик не отримати повідомлення з боку Страховика. Усі належним чином оформлені повідомлення, відправлені Страховиком на останню відому йому адресу та за останніми відомими йому реквізитами Страхувальника, вважатимуться отриманими Страхувальником з дати їх відправлення на таку адресу.

16. СПЕЦІАЛЬНІ УМОВИ ДОДАТКОВОГО СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК КРИТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПРИ КОЛЕКТИВНОМУ СТРАХУВАННІ ЖИТТЯ

- 16.1.** Для цілей цієї Програми, під Додатковим страховим ризиком «Критичне захворювання Застрахованої особи», визначеним пунктом 2.2.10. цієї Програми, розуміється: перенесення Застрахованою особою у період дії Договору страхування на умовах цієї Програми нижчезазначених операцій та виявлення – вперше протягом дії Договору страхування – у Застрахованої особи нижчезазначених захворювань:
- 16.1.1.** Інфаркт міокарда – відмирання частини серцевого м'язу у результаті недостатнього кровопостачання у відповідній зоні. Діагноз повинен ґрунтуватись на історії типових болів в області грудей, нових змінах на електрокардіографічних вимірюваннях, що є характерними для інфаркту міокарда, та суттєве підвищення у крові рівня характерних ферментів, тропонинів або інших маркерів. Право на отримання Страхової виплати виникає після надання Страховику підтвердженого діагнозу спеціалізованої кардіологічної клініки або фахівця в галузі кардіології. Страхове покриття не розповсюджується на:
- інфаркти міокарда із збільшенням показників тропоніна I або T у крові без зміни сегменту ST;
 - безболісний інфаркт міокарда;
 - інші гострі коронарні синдроми (стабільна або нестабільна стенокардія тощо).
- 16.1.2.** Інсульт – гостре порушення кровообігу головного мозку, яке викликає загибель мозкової тканини. Інсульт має бути викликаним або розривом судин з наступним крововиливом у мозок, під оболонки і у шлуночки мозку – (геморагічний інсульт), або закупоркою судин – тромбозом або емболією судин мозку (ішемічний інсульт). Наслідком інсульту мають бути підтверджені тривалі неврологічні прояви, тривалістю не менше 12 тижнів з моменту інсульту. Право на отримання Страхової виплати виникає після надання Страховику підтвердженого діагнозу спеціалізованої неврологічної клініки або фахівця в галузі неврології, а також даних комп'ютерної або магніто-резонансної томографії. При цьому, підтвердженням діагнозом вважатиметься діагноз, зроблений не раніше, ніж через 12 тижнів після виникнення у Застрахованої особи симптомів інсульту. Страхове покриття не розповсюджується на:
- минулі ішемічні порушення мозкового кровообігу;
 - травматичні пошкодження головного мозку;
 - неврологічні симптоми, які виникають внаслідок мігрені;
 - лакунарні інсульти без неврологічної симптоматики.

- 16.1.3** Злоякісні пухлини, наявність яких підтверджено гістологічними дослідженнями, та які характеризуються неконтрольованим зростанням і розповсюдженням злоякісних клітин та інвазією тканин, з тенденцією до утворення метастазів. Страхове покриття розповсюджується на інвазивну злоякісну меланому, лейкомію та будь-які злоякісні пухлини лімфатичної системи, за винятком першої стадії хвороби Ходжкіна. Страхове покриття не розповсюджується на доброякісні пухлини, будь-які передракові пухлини, будь-які стадії цервікальної інтраепітеліальної неоплазії, будь-який рак шкіри (крім меланоми вище IA стадії), пухлини за наявності будь-якого вірусу ВІЛ-інфекції, неінвазивний рак (т.зв. cancer in situ), пухлини у першій стадії, а також ізольовані доброякісні вузли грудної залози. Право на отримання Страхової виплати виникає після надання Страховику підтвердженого діагнозу спеціалізованої лікувальної установи та результатів гістологічних досліджень, які містять класифікацію захворювання згідно з Міжнародною класифікацією пухлин (International classification of tumors).
- 16.1.4.** Аортокоронарне шунтування. Страховим випадком є перенесення Застрахованою особою операції на відкритому серці за рекомендацією кардіолога з метою корекції звуження або усунення блокади в одній або більше коронарних артеріях за допомогою встановлення шунта. Страхове покриття не розповсюджується на інші методи лікування, які не здійснюються на відкритому серці, такі як: балонна ангіопластика, стентування, внутрішньоартеріальні або ендоскопічні маніпуляції, лазерні або інші неінвазивні процедури. Страхова виплата здійснюється Страховиком після проведення операції.
- 16.1.5.** Трансплантація органів – перенесення Застрахованою особою, як одержувачем органу, операції з приводу пересадки одного з наступних органів: серця, легені, печінки, нирки, підшлункової залози або кісткового мозку. Під трансплантацією серця також розуміється імплантація штучного серця. Страхова виплата здійснюється Страховиком після проведення трансплантації органу.
- 16.1.6.** Ниркова недостатність – остання стадія неповоротної хронічної ниркової недостатності, при якій обидві нирки не можуть функціонувати, в результаті чого стає необхідним регулярний нирковий діаліз та/або операція з пересадки нирки. Страхова виплата здійснюється Страховиком після початку проведення ниркового діалізу або після операції з пересадки нирки.
- 16.1.7.** Параліч (параплегія, геміплегія, тетраплегія) – повна та постійна втрата рухливої функції групи верхніх та/або нижніх кінцівок с повним припиненням провідності спинного мозку. Страхове покриття не розповсюджується на параліч при синдромі Гійєна-Барє. Право на отримання Страхової виплати виникає після надання Страховику підтвердженого діагнозу спеціалізованої неврологічної клініки або фахівця в галузі неврології. При цьому, підтвердженням діагнозом вважатиметься діагноз, зроблений не раніше, ніж через 6 місяців після виникнення у Застрахованої особи паралічу.
- 16.1.8.** Сліпота – підтверджена результатами офтальмологічного дослідження, а також фахівцем-офтальмологом повна, постійна та необоротна втрата зору (сприйняття світла) на обох очах, викликана гострим захворюванням або нещасним випадком, яка триває протягом, щонайменше, шести тижнів.
- Захворювання та операції, зазначені в підпунктах 16.1.1.–16.1.8. цієї Програми, надалі спільно іменуються критичними захворюваннями
- 16.2.** Події, зазначені у пункті 16.1. цієї Програми, визнаються Страховими випадками, якщо відповідний діагноз було встановлено (операцію було здійснено) у період дії Договору страхування на умовах цієї Програми та підтверджено документами медичних установ, а також за умови, що минув Період очікування, встановлений Договором страхування на умовах цієї Програми. Страхова виплата здійснюється Страховиком після завершення Періоду виживання, встановленого Договором страхування на умовах цієї Програми. Страхове покриття не розповсюджується на захворювання, які було виявлено та/або на які хворіла Застрахована особа на момент укладення Договору страхування на умовах цієї Програми, а також на захворювання, які стали наслідком розвитку у Застрахованої особи хвороб, кваліфікованих як передіснуючий стан.
- 16.3.** Не визнаються Страховими випадками (якщо інше не передбачене Договором страхування) події, зазначені у пункті 16.1. цієї Програми, якщо вони відбулися внаслідок:
- 16.3.1.** Навмисних дій Застрахованої особи, які спричинили критичне захворювання; або вчиненої Застрахованою особою спроби самогубства; або навмисного покалічення, у тому числі здійснених Застрахованою особою у стані неосудності, розумового або психосоматичного розладу (крім випадків, коли зазначений стан був викликаний травмою, отриманою Застрахованою особою безпосередньо перед самогубством або замахом на самогубство або у випадку доведення Застрахованої особи до самогубства діями третіх осіб – якщо цей факт офіційно встановлено Компетентними органами);
- 16.3.2.** Прийняття Застрахованою особою наркотиків, наркотичних прийомів або введення наркотиків у відповідності з приписом кваліфікованого лікаря-практика з приводу будь-якого фізичного стану, крім наркотичної залежності;
- 16.3.3.** Отруєння Застрахованої особи внаслідок вживання алкоголю або його сурогатів, наркотичних або токсичних речовин, лікарських препаратів без призначення лікаря;
- 16.3.4.** Венеричних захворювань Застрахованої особи;
- 16.3.5.** Захворювання Застрахованої особи в присутності ВІЛ-інфекції, незалежно від шляху зараження, або якщо тести на ВІЛ або антитіла цього вірусу виявилися позитивними;
- 16.3.6.** Виняткової небезпеки. Під цим розуміється факт того, що Застрахована особа добровільно наражала або наражає себе на виняткову небезпеку (крім спроб врятувати людське життя) або скоєння Застрахованою особою протиправних дій;
- 16.3.7.** Використання Застрахованою особою літального апарату (за винятком випадків, коли Застрахована особа була пасажиром турбогвинтового, реактивного літаку, або планеру, допущених до здійснення польотів цивільної авіації, або пасажиром військового літаку, який був застосований для транспортування людей);
- 16.3.8.** Ризикованих занять. Під цим розуміється участь Застрахованої особи у перегонах (або тренуваннях до перегонів) на будь-якому суходольному, повітряному або водному засобі пересування; заняття Застрахованою особою наступними видами спорту: футбол, американський футбол, хокей з шайбою, будь-які види бойових єдиноборств, бокс, кікбоксінг, гірські лижи, фрістайл, сноу-борд, боротьба, стрибки з лижного трампліну, регбі, стрибки з парашутом, пірнання з аквалангом або із затримкою дихання, мисливство на конях, дельтапланеризм, парапланеризм, альпінізм, скелелазіння, спелеологія.
- Страховик залишає за собою право доповнювати вище наведений список ризикованих занять при укладенні відповідних договорів страхування;
- 16.3.9.** Прямого або непрямого впливу іонізуючого випромінювання, крім випадків, коли іонізуюче випромінювання використовувалося для лікування Застрахованої особи у лікувальному закладі під наглядом кваліфікованого медичного персоналу;
- 16.3.10.** Підтвердженої лікарської помилки.
- 16.4.** Договором страхування на умовах цієї Програми може бути встановлений обмежений перелік причин та обставин настання Страхових випадків за Додатковим страховим ризиком «Критичне захворювання Застрахованої особи».
- 16.5.** Страхове покриття за Додатковим страховим ризиком «Критичне захворювання Застрахованої особи» припиняється у випадках, передбачених Розділом 13 цієї Програми, а також у наступних випадках:
- 16.5.1.** Після припинення сплати Страхових платежів за Основним договором страхування, з врахуванням положень пунктів 5.7.-5.9. цієї Програми;
- 16.5.2.** У разі переведення Основного договору страхування на зменшену (Редуковану) Страхову суму, або у разі його припинення;
- 16.5.3.** Страхове покриття за Додатковим страховим ризиком «Критичне захворювання Застрахованої особи» припиняється незалежно від строку страхування, визначеного Основним договором страхування на умовах цієї Програми, з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем, у який:
- a) закінчився Страховий період, у якому Застрахованій особі виповнилося 66 років, незалежно від того, чи продовжує діяти Основний договір страхування;

- б) Застрахована особа померла;
- в) Страховиком було здійснено Страхування виплату за ризиком «Критичне захворювання Застрахованої особи» в повному обсязі.
- 16.6. У разі настання під час дії Договору страхування на умовах цієї Програми Страхування виплату з числа визначених у пункті 16.1. цієї Програми, Страховик здійснює на користь Застрахованої особи одноразову Страхування виплату в розмірі Страхування суми, встановленої за Додатковим страховим ризиком «Критичне захворювання Застрахованої особи», у відповідності з умовами Договору страхування, та з урахуванням пунктів 11.22., 16.2., 16.8., 16.9., 16.11. та 16.13. цієї Програми.
У разі недостатності даних для підтвердження настання Страхування виплату з числа визначених у пункті 16.1. цієї Програми, Страховик залишає за собою право призначити здійснення додаткового медичного огляду Застрахованої особи в медичному закладі, вказаному Страховиком.
- 16.7. Страхування виплата за Додатковим страховим ризиком «Критичне захворювання Застрахованої особи» здійснюється Страховиком на користь Застрахованої особи один раз у поточному Страхування періоді.
- 16.8. Якщо Страхування випадок з числа визначених пунктом 16.1. цієї Програми стався за межами території України, або якщо медичне обстеження Застрахованої особи було здійснене за межами території України, Страховик має право вимагати здійснення українським лікарем або лікувальним закладом повторного обстеження Застрахованої особи з метою отримання необхідних доказів настання Страхування виплату, за рахунок особи, яка подала заяву на отримання Страхування виплати. У разі відмови Застрахованої особи від повторного обстеження, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхування виплати.
- 16.9. З метою визначення факту та уточнення обставин виникнення критичного захворювання, Страховик має право запросити додаткову інформацію та відповідні документи у Застрахованої особи, Страхування вальника, спадкоємців Застрахованої особи або у інших фізичних та юридичних осіб. Якщо Застрахована особа, Страхування вальник, або спадкоємці Застрахованої особи відмовлять Страховику у наданні потрібної інформації, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхування виплати.
Застрахована особа має доручити лікарям та лікувальним закладам, у яких вона проходить або проходила лікування з приводу критичного захворювання, надавати Страховику необхідну інформацію щодо свого стану здоров'я, за його запитом.
- 16.10. Страхування виплата за Додатковим страховим ризиком «Критичне захворювання Застрахованої особи» може бути здійснена на підставі документів, передбачених пунктами 16.8. та 16.9. цієї Програми, які було надано Страховику представником Страхування вальника (Застрахованої особи) на підставі доручення, оформленого Страхування вальником (Застрахованою особою) у встановленому законом порядку.
- 16.11. Крім обставин, визначених пунктами 16.8. та 16.9. цієї Програми, підставами для відмови Страховика у Страхування виплаті за Додатковим страховим ризиком «Критичне захворювання Застрахованої особи» є дії або бездіяльність Застрахованої особи (Страхування вальника, Вигодонабувачів), визначені пунктом 11.9. Правил.
- 16.12. У випадку припинення індивідуального Договору страхування в частині страхового покриття за Додатковим страховим ризиком «Критичне захворювання Застрахованої особи» з інших причин, ніж визначені підпунктом 16.5.3. цієї Програми, Страховик повертає Страхування вальнику Страхування платіж за Додатковим страховим ризиком «Критичне захворювання Застрахованої особи» за період від дня, наступного за днем припинення страхового покриття за Додатковим страховим ризиком «Критичне захворювання Застрахованої особи», до кінця періоду, за який було здійснено оплату, за вирахуванням витрат Страховика на ведення справи.
- 16.13. У разі виникнення суперечок, пов'язаних з виконанням умов Договору страхування на умовах цієї Програми, який передбачає страхування Додаткового страхового ризику «Критичне захворювання Застрахованої особи», Страховик або Страхування вальник (Застрахована особа) мають право залучити медичних експертів для проведення експертизи щодо критичного захворювання Застрахованої особи.

При цьому, Страховик та Страхування вальник (Застрахована особа) призначають по одному експерту. До початку експертизи, обидва експерта обирають третього експерта, діагноз якого буде вирішальним у випадку наявності розбіжностей між зробленими ними діагнозами. Кожна з Сторін нестиме витрати, пов'язані із залученням відповідного експерта, а також половину витрат, пов'язаних з залученням третього експерта.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Голова Правління

м.п.

Директор відділу по роботі
з фінансовими установами

М. Спядло-Коліно /Спядло-Коляно М. Б./



Г. Сиза /Сиза Г.Є./