

**Приватне акціонерне товариство
«МетЛайф»**

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Голова Правління
Приватного акціонерного
товариства «МетЛайф»

І. Белянська

Член Правління
Приватного акціонерного
товариства «МетЛайф»

С. Прудкий

«01» червня 2023 року

**ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО
СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ**

(НОВА РЕДАКЦІЯ)

ЗМІСТ

ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ПРАВИЛАХ	4
1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	9
2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	9
3. СТРАХОВІ РИЗИКИ	9
4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	11
5. СТРАХОВА ПРЕМІЯ, СТРАХОВИЙ ТАРИФ	13
6. УМОВИ ПРИЗУПИНЕННЯ СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ	14
7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВОЇ СУМИ	17
8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	18
9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	19
10. ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН	24
11. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	28
12. ПОРЯДОК ЗМІНИ СТРАХУВАЛЬНИКА АБО СТРАХОВИКА	28
13. НАСЛІДКИ ВТРАТИ СТРАХУВАЛЬНИКОМ ПРАВ ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ	28
14. ДОСТРОКОВЕ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ЗА ЯКИМИ СФОРМОВАНА ВИКУПНА СУМА	29
15. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	30
16. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ТА СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	31
17. ПІДСТАВИ ТА СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	33
18. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	35

ПрАТ «МетЛайф»	3
<hr/>	
19. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	36
20. ОСОБЛИВІ УМОВИ	37
ДОДАТКИ:	
1. Програми страхування основних та додаткових ризиків	41

ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ПРАВИЛАХ

Страховання	Вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних та юридичних осіб, у разі настання певних подій (Страхових Випадків), визначених Договором Страховання або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними та юридичними особами страхових платежів (Страхових Премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів.
Страховання життя	Вид особистого страхування, який передбачає обов'язок Страховика здійснити Страхову Виплату згідно з Договором Страховання у разі смерті Застрахованої Особи, а також, якщо це передбачено Договором Страховання, у разі дожиття Застрахованої Особи до закінчення строку дії Договору Страховання та (або) досягнення Застрахованою Особою визначеного Договором Страховання віку. Умови Договору Страховання життя можуть також передбачати обов'язок Страховика здійснити Страхову Виплату у разі Нещасного випадку, що стався із Застрахованою Особою, та (або) хвороби Застрахованої Особи. У разі, якщо при настанні Страхового Випадку передбачено регулярні послідовні довічні Страхові Виплати, обов'язковим є передбачення у Договорі Страховання ризику смерті Застрахованої Особи протягом періоду між початком дії Договору Страховання та першою Страховою Виплатою з числа довічних виплат ануїтету. В інших випадках передбачення ризику смерті Застрахованої особи є обов'язковим протягом всього строку дії Договору Страховання життя.
Страховик	Приватне акціонерне товариство «МетЛайф» (ідентифікаційний код ЄДРПОУ 32109907), яке здійснює діяльність із добровільного страхування життя відповідно до законодавства України на підставі відповідної ліцензії. У випадку, якщо Страховик у зв'язку зі змінами у законодавстві чи з інших причин змінить найменування, воно підлягатиме застосуванню у всій документації, в тому числі за раніше укладеними Договорами Страховання.
Страховальник	Юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала зі Страховиком Договори Страховання та зобов'язана сплачувати Страхові Премії у встановлені строки та виконувати інші умови Договору Страховання.
Сторона	Страховик та Страховальник відповідно до визначення цих

термінів вище.

Застрахована Особа	Особа, про страхування життя або життя та здоров'я якої укладений Договір Страхування, та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором Страхування.
Вигодонабувач	Фізична особа або особи та/ або юридична особа (особи), які мають право отримати Страхову Виплату згідно з умовами Договору Страхування.
Вигодонабувач, призначений на випадок смерті Застрахованої Особи	Фізична особа або особи та/ або юридична особа (особи), визначені Страхувальником в Договорі Страхування за погодженням із Застрахованою Особою та затверджені Страховиком, які мають право отримати Страхову Виплату у випадку смерті Застрахованої Особи. Якщо на момент подання заяви про отримання Страхової Виплати Вигодонабувач не визначений, або помер, або не має права на отримання Страхової Виплати, то Страхова Виплата виплачуватиметься спадкоємцям Застрахованої Особи згідно з чинним законодавством України.
Нещасний випадок	Випадкова, насильницька, раптова, не спричинена Застрахованою Особою навмисно подія зовнішнього відносно Застрахованої Особи походження, що сталась протягом строку дії Договору Страхування та спричинила тяжке тілесне ушкодження або травму, непрацездатність (постійну або тимчасову, повну або часткову) або смерть.
Нещасний випадок на транспорті	Не спричинена Застрахованою Особою навмисно раптова подія на велосипедному, автодорожньому, електричному, рейковому, морському, річковому або авіаційному транспорті (повний перелік транспортних засобів визначено чинним законодавством України), що сталась під час перевезення Застрахованої Особи таким транспортним засобом (у якості пасажирів або водія), незалежно від того чи під час руху, чи не у русі, включаючи посадку та висадку, зліт та приземлення, в процесі якого смерть або тілесне ушкодження Застрахованої Особи сталися в прямому зв'язку з використанням цього транспортного засобу за прямим призначенням. При цьому, якщо вимагається відповідним законодавством України, такий транспортний засіб має бути зареєстрований та офіційно допущений до використання в якості транспортного засобу та (за потреби) пасажирських перевезень. Нещасним випадком на транспорті також є непрацездатність (постійна або тимчасова, повна або часткова) або смерть Застрахованої Особи внаслідок удару транспортним засобом.

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

документами Страховий Поліс є його невід'ємною частиною.

Викупна Сума	Викупна Сума - це сума, яка виплачується Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору Страхування Життя та розраховується математично на день припинення Договору Страхування Життя залежно від періоду, протягом якого діяв Договір Страхування Життя, згідно з методикою, яка проходить експертизу в Уповноваженому органі, здійснена актуарієм і є невід'ємною частиною Правил страхування життя.
Ануїтет	Послідовність регулярних виплат, обумовлених у Договорі Страхування сум.
Період страхування	Період часу, зазначений в Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування як період, на який укладається Договір Страхування.
Належна дата сплати Страхової Премії	Дата, визначена в Договорі Страхування для сплати Страхових Премій.
Попередня оплата	Сплата першої Страхової Премії після підписання Заяви про Страхування, яка вважатиметься Страховою Премією лише після того, як буде випущений Страховий Поліс.
Дата набрання чинності	День (що розпочинається о 00 годин 00 хвилин за київським часом встановленої дати), коли набирає чинності страхування за Договором Страхування.
Компетентні органи	Органи державної влади, правоохоронні органи, банки, медичні заклади та інші підприємства, установи і організації, що володіють інформацією про передумови, факт, причини, обставини та наслідки страхових випадків та інших подій, що можуть бути визнані страховим випадком, або пов'язані з ним.
Заняття спортом на професійному рівні	Залучення з метою отримання прибутку до комерційного напрямку діяльності у спорті, пов'язаного з підготовкою та проведенням видовищних спортивних заходів на високому організаційному рівні. Особа набуває статусу професійного спортсмена з моменту набрання чинності контракту з відповідними суб'єктами сфери фізичної культури і спорту про участь у змаганнях серед спортсменів-професіоналів, що є основним джерелом її доходів.
Кваліфікований лікар	Кваліфікований (дипломований та сертифікований) випускник вищого медичного навчального закладу, який не є Застрахованою Особою або членом її сім'ї, діє у межах своїх посадових обов'язків та своєї ліцензії, виданої на здійснення

лікарської діяльності з лікування тілесних ушкоджень або захворювань, які можуть вважатися Страховим Випадком відповідно до умов Програм страхування.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

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

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

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ

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

3.1.1. Дожиття Застрахованої Особи до дати закінчення дії Договору Страхування;

3.1.2. Смерть Застрахованої Особи;

3.1.3. Смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку;

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

3.1.5. Смерть внаслідок нещасного випадку Застрахованої Особи, що має дитину віком менше ніж 1 рік (12 місяців);

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

3.1.7. Постійна непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку;

3.1.8. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку, який призвів до госпіталізації тривалістю від 4-х до 30-ти днів;

-
- 3.1.9. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку або хвороби, який призвів до госпіталізації тривалістю від 4-х до 30-ти днів;
- 3.1.10. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, який призвів до госпіталізації;
- 3.1.11. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, який призвів до хірургічного втручання;
- 3.1.12. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку або хвороби, який призвів до госпіталізації;
- 3.1.13. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку або хвороби, який призвів до хірургічного втручання;
- 3.1.14. Тимчасова непрацездатність Застрахованої Особи в період одужання після госпіталізації;
- 3.1.15. Розлад здоров'я Застрахованої Особи, який призвів до транспортування Застрахованої Особи автомобілем «швидкої допомоги» до лікарні з метою госпіталізації;
- 3.1.16. Смерть або/та Постійна та Повна Непрацездатність Страхувальника (звільнення від сплати Страхових Премій);
- 3.1.17. Постійна та Повна Непрацездатність Страхувальника (звільнення Страхувальника від сплати Страхових Премій на час непрацездатності);
- 3.1.18. Діагностування критичного захворювання у Застрахованої Особи;
- 3.1.19. Діагностування критичного захворювання у дитини;
- 3.1.20. Діагностування раку жіночого органу у Застрахованої Особи;
- 3.1.21. Розлад здоров'я Застрахованої Особи, що є прямим наслідком раку жіночого органу та який призвів до госпіталізації;
- 3.1.22. Смерть Застрахованої Особи внаслідок важких ускладнень під час вагітності, пологів або така, що сталася протягом 90 (дев'яносто) днів після народження дитини в результаті ускладнень під час пологів;
- 3.1.23. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок важких ускладнень під час вагітності, який призвів до госпіталізації;
- 3.1.24. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок важких ускладнень під час вагітності та/або пологів, який призвів до госпіталізації Застрахованої Особи до відділення реанімації та інтенсивної терапії;
-

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

3.1.26. Смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку на транспорті;

3.1.27. Постійна непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку на транспорті;

3.1.28. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, спричинений травмою та/або тілесним ушкодженням.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

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

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

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

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

4.1.4. Скоєнням чи спробою скоєння кримінального правопорушення Застрахованою Особою; або

4.1.5. Діями Страхувальника, Застрахованої Особи, Вигодонабувача або будь-якої іншої особи зі згоди та дозволу Страхувальника, Застрахованої Особи, Вигодонабувача, які спрямовані на настання Страхового Випадку та одержання Страхової Виплати, незалежно від їхнього психічного стану; або

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

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

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

4.1.9. Будь-якими психічними захворюваннями, незалежно від їх класифікації, психічними відхиленнями, депресійними станами або розладами вищої нервової діяльності; або

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

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

- Сума, що дорівнює Викупній Сумі, розрахованій на дату смерті Застрахованої Особи;
- Сума розрахованого Негарантованого бонусу;
- Сума Спеціального Фонду Індексації, як передбачено в Додатку 1-29 до цих Правил.

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

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

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

4.4. Самогубство або спроба самогубства Застрахованої Особи:

4.4.1. Якщо Застрахована Особа вчиняє самогубство або помирає внаслідок замаху на самогубство (незалежно від стану її психічного здоров'я) протягом перших двох років після набрання чинності Договором Страхування, Страховик зобов'язаний здійснити виплату у розмірі Страхових Премій, сплачених впродовж всього строку дії Договору Страхування, за вирахуванням будь-яких сум витрат на ведення справи та/або сум, що підлягають сплаті Страхувальником Страховику відповідно до законодавства України або умов Договору Страхування. В разі, якщо Застрахована Особа та Страхувальник різні особи, така виплата підлягає здійсненню Страхувальнику чи спадкоємцям Страхувальника, якщо Страхувальник не буде живим на дату здійснення Страхової Виплати, з урахуванням норм законодавства, чинних на момент здійснення виплати. В інших випадках Страхова Виплата здійснюється згідно п. 16.9 Правил страхування;

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

4.4.3. Якщо мало місце збільшення Страхової Суми протягом останніх двох років перед самогубством, Страховик зобов'язаний здійснити Вигодонабувачу Страхову Виплату, розраховану до такого збільшення, і повернути Страхувальнику чи спадкоємцям Страхувальника (якщо Застрахована Особа та Страхувальник різні особи) суму Страхових Премій, сплачених у зв'язку зі збільшенням Страхової Суми за вирахуванням сум, належних до сплати Страхувальником, та будь-яких податків та зборів, передбачених чинним законодавством України.

4.5. Не визнаються Страховими Випадками та Страхові Виплати Страховиком не здійснюються щодо подій, захворювань, станів, будь-яких погіршень здоров'я, що мали місце до початку або після закінчення дії відповідної програми страхування, протягом Дворічного періоду, визначеного в п. 6.2 Правил, а також прямо чи опосередковано були спричинені ними.

5. СТРАХОВА ПРЕМІЯ, СТРАХОВИЙ ТАРИФ

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

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

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

5.4. Жодна попередня оплата, здійснена на день підписання Заяви про Страхування або до випуску Страхового Поліса, не вважається Страховою Премією, доки Страховий Поліс не буде випущено.

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

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

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

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

6. УМОВИ ПРИЗУПИНЕННЯ СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ

6.1. Страхувальнику надається пільговий період у 30 (тридцять) календарних днів (надалі – «Пільговий Період») від належної дати сплати Страхової Премії. Під час розгляду та врегулювання заяви на здійснення Страхової Виплати Застрахованої Особи, Вигодонабувача або іншої особи,

яка має право на одержання Страхової Виплати, щодо Страхових Випадків, що сталися протягом Пільгового Періоду, всі несплачені вчасно Страхові Премії за Договором Страхування може бути вираховано зі Страхової Виплати.

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

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

6.3. Якщо протягом Дворічного періоду не відбулось поновлення надання страхових послуг у повному обсязі, Договір Страхування припиняє дію. Сплата Страхувальником будь-яких сум грошових коштів Страховику після припинення дії Договору Страхування або протягом Дворічного періоду в разі невиконання будь-якої з умов підпунктів 1), 2), 3), 4) п. 6.2 не призводить до виникнення у Страховика будь-якої відповідальності, за винятком відповідальності з їх повернення.

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

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

6.5. Надання кредиту для сплати Страхових Премій.

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

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

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

6.5.2. Будь-який кредит для сплати Страхових Премій регулюється п. 20.4 «Надання кредиту для сплати Страхових Премій»;

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

6.6. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування:

6.6.1. Якщо Договір Страхування має сформовану Викупну Суму і Страхувальник не виявив бажання припинити дію Договору Страхування, а також не застосовується положення про надання кредиту для сплати

Страхових Премій, то Договір Страхування набуде статусу Сплаченого Договору Страхування без подальшої сплати Страхових Премій та буде залишатись чинним, але за умови відповідного зменшення розміру Страхової Суми. Зменшена Страхова Сума розраховується відповідно до розміру Викупної Суми на момент припинення сплати Страхової Премії після вирахування будь-яких сум, належних до сплати Страхувальником. Зазначена Викупна Сума вважатиметься Одноразовою Страховою Премією для програм страхування, аналогічних Програмі страхування основних ризиків згідно з таким Договором Страхування;

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

6.6.3. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування є остаточним і спричиняє припинення дії всіх Програм страхування додаткових ризиків, якщо інше не передбачено в Програмі страхування додаткових ризиків, а також Страхувальник втрачає право на проведення індексації відповідно до Додатків 1-29 та 1-30 до Правил;

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

7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВОЇ СУМИ

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

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

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

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

7.5. Страхові Виплати за Договором Страхування здійснюються в розмірі Страхової Суми (її частини) та (або) у вигляді регулярних, послідовних виплат (ануїтету), порядок і умови сплати яких обумовлено у Договорі Страхування. Крім цього, Страхова Виплата може збільшуватися на суму

Негарантованого бонусу, якщо такий є, та інші суми (бонуси), якщо це передбачено відповідною програмою страхування та законодавством України.

7.6. Договір Страхування може передбачати індексацію в порядку, встановленому у Додатках 1-29 та 1-30 до цих Правил.

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

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

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

8.2.2. відповідність Застрахованої Особи вимогам Страховика щодо можливості страхування;

8.2.3. проходження Застрахованою Особою медичного огляду на вимогу Страховика;

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

8.3. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, то він набирає чинності та фактичне надання страхових послуг Страховиком починається (програми починають діяти) у разі виконання умов п. 8.2 цих Правил з дати, що настала пізніше:

8.3.1. дата підписання Заяви про Страхування всіма сторонами;

8.3.2. дата сплати Страхувальником Страхової Премії;

8.3.3. дата отримання Страховиком повної інформації щодо результатів медичного обстеження Застрахованої Особи та/або Страхувальника згідно з вимогами Страховика;

8.3.4. дата підписання Декларації про стан здоров'я Застрахованої Особи та/або Страхувальника встановленої Страховиком форми в разі, якщо з моменту підписання Заяви про Страхування минуло більше трьох місяців;

8.3.5. дата заповнення нової Заяви про Страхування в разі, якщо з моменту підписання первинної Заяви про Страхування минуло більше шести місяців.

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

Договорі страхування) як дата закінчення його дії, якщо інше не зазначене в Договорі Страхування.

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

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

1) Заявлений Страхувальник (далі - «Заявник») ознайомлюється з Правилами страхування та надає письмову Заяву про Страхування за формою, встановленою Страховиком, чим висловлює намір укласти Договір Страхування;

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

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

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

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

3) Страховик випускає Страховий Поліс після того, як він отримає і затвердить Заяву про Страхування, заповнену і підписану заявленою Застрахованою Особою та Страхувальником, якщо це різні особи, разом із документами, які можуть вимагатися Страховиком для з'ясування можливості страхування, і, зокрема, стану здоров'я заявленої Застрахованої Особи та Страхувальника. Страховий Поліс випускається Страхувальнику, що є підтвердженням факту відповідності Застрахованої Особи та Страхувальника вимогам Страховика щодо можливості страхування;

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

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

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

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

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

1) Заява про Страхування;

2) Правила добровільного страхування життя, що включають опис відповідних Програм страхування;

3) Страховий Поліс та Додатки до Страхового Поліса;

4) Офіційні листи Страховика, які надсилаються Страхувальнику разом із Страховим Полісом або Додатками, де можуть бути викладені пояснення/уточнення/зміни щодо умов Договору Страхування та причини і наслідки;

5) Додаткові угоди та/або Додатки до чинного Договору Страхування у випадку змін та доповнень до Правил Страхування та/або умов Програм та Договору Страхування;

6) Медичні довідки та інші медичні документи щодо стану здоров'я Застрахованої Особи та Страхувальника;

7) Інші документи щодо Застрахованої Особи та Страхувальника, надані на вимогу Страховика або складені/подані протягом дії Договору Страхування.

9.3.1. Факт погодження засвідчується оригінальним підписом Застрахованої Особи/Страхувальника в Заяві про Страхування.

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

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

9.6. У разі, якщо Страхувальником за Договором Страхування є юридична особа, то для укладення Договору Страхування Страховик може вимагати наступні документи:

1) Заяву про Страхування на кожну заявлену Застраховану Особу, підписану нею та Страхувальником (уповноваженою особою Страхувальника);

2) Копію паспорта та довідки про присвоєння ідентифікаційного номера заявленої Застрахованої Особи;

3) Офіційні документи (або засвідчені у встановленому порядку їх копії), чинні (дійсні) на момент їх надання, які містять усі наведені нижче дані:

- Статут;

- Витяг або Виписка з Єдиного Державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців про проведення державної реєстрації;

- Копія документа (наказ, довіреність тощо), що засвідчує право підпису уповноваженої особи Страхувальника;

-
- Копія паспорта уповноваженої особи Страхувальника для ідентифікації підпису;
 - Реквізити банку, в якому відкрито рахунок, і номер поточного рахунка;
 - Документ зі структурою власності та відомості про кінцевих бенефіціарних власників юридичної особи;
 - Інші документи на вимогу Страховика.

9.7. У разі, якщо Страхувальником за Договором Страхування є приватний підприємець – фізична особа, то для укладення Договору Страхування Страховик може вимагати наступні документи:

- 1) Заяву про Страхування на кожну заявлену Застраховану Особу, підписану нею та Страхувальником;
 - 2) Копію паспорта та довідки про присвоєння ідентифікаційного номера заявленої Застрахованої Особи та Страхувальника;
 - 3) Офіційні документи (або засвідчені у встановленому порядку їх копії), чинні (дійсні) на момент їх надання, які містять усі наведені нижче дані:
 - Виписка або Витяг з Єдиного Державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців, в яких вказані останні актуальні дані щодо підприємця;
 - Реквізити банку, в якому відкрито рахунок, і номер поточного рахунка (наприклад, довідка про відкриття рахунку).
-

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

9.9. У випадку непогодження Застрахованої Особи/Страхувальника з умовами, зазначеними у Страховому Полісі, та за умови, що протягом зазначених у п. 9.8.1 та 9.8.2 термінів Страховиком не було здійснено Страхової Виплати, Страхувальник має право (якщо інше не зазначено в Договорі страхування):

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

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

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

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

9.9.3. У разі відмови від укладання Договору Страхування протягом 50 (п'ятидесяти) календарних днів з дати випуску Страхового Полісу, Страховик повертає Страхувальнику протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати отримання останнього із всіх необхідних документів, зазначених в п. 9.8.2:

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

- суму сплаченої Страхової Премії за вирахуванням витрат, пов'язаних з укладанням Договору Страхування, оцінкою ризиків за таким Договором Страхування у разі, якщо відмова Страхувальника від Договору Страхування письмово обґрунтована причинами, що не пов'язані зі змінами в умовах Договору Страхування внаслідок оцінки ризиків.

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

10. ПРАВА, ОBOB'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

10.1.OBOB'язки Страховика:

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

10.2. Права Страховика:

- 1) Робити запити до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що можуть володіти інформацією щодо причин та обставин Страхового Випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини Страхового Випадку; з метою розслідування обставин Страхового Випадку вимагати проведення медичного обстеження Застрахованої Особи за допомогою кваліфікованого лікаря, призначеного Страховиком, а також залучати треті особи до такого розслідування;
 - 2) Під час укладення Договору Страхування вимагати результати медичного огляду Застрахованої Особи та Страхувальника та інші документи чи відомості, необхідні для оцінки страхового ризику;
 - 3) Відстрочити ухвалення рішення щодо визнання випадку Страховим, якщо щодо заявленого випадку відкрито кримінальне провадження, до закінчення дізнання та досудового слідства постановою про закриття
-

справи або ухвалення вироку судом; а також, якщо у Страховика є підстави для проведення самостійного розслідування Страхового Випадку, до закінчення такого розслідування Страховиком, але на строк не більший 6 (шести) місяців;

4) Під час укладення Договору Страхування Страховик має право переглянути та внести зміни до умов Договору Страхування щодо розміру Страхових Сум за Програмами Страхування, Страхових Тарифів, Страхового Ризику та розміру Страхової Премії, що відповідає таким змінам, або не надати страхове покриття за окремими програмами страхування або за Договором Страхування в цілому;

5) Відмовити Страхувальнику в укладенні Договору Страхування, зокрема, у разі невідповідності Застрахованої Особи вимогам Страховика щодо можливості страхування, у тому числі, через професійну діяльність заявленої Застрахованої Особи, стан її здоров'я, сукупну оцінку ризиків за попередньо укладеними та/або припиненими Договорами Страхування, перебування у місцях позбавлення волі тощо;

6) В цілях забезпечення виконання взятих зобов'язань залучати третіх осіб на будь-якому етапі укладання або супроводження Договорів Страхування з урахування вимог законодавства України.

10.3. Обов'язки Страхувальника:

1) Під час укладення Договору Страхування надати правдиву та повну інформацію Страховику щодо всіх відомих йому обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Порушення зобов'язання надавати правдиву та повну інформацію може призвести до припинення дії Договору Страхування або окремих Програм Страхування, або відмови у виплаті будь-якої Страхової Суми, або зменшення Страхової Суми, на розсуд Страховика. Страховик може не скористатися своїм правом, якщо Договір Страхування діяв та страхові послуги надавались протягом 5 (п'яти) років поспіль з дати введення в дію Договору Страхування;

2) Під час укладення Договору Страхування повідомити Страховика про інші чинні Договори Страхування щодо предмета Договору;

3) Після отримання Страхового Поліса (додатка, додаткового угоди тощо) перевірити викладені умови. У випадку незгоди із викладеними умовами у Страховому Полісі та за умови, що протягом зазначених у п. 9.8.1 та 9.8.2 термінів Страховиком не було здійснено Страхової Виплати, звернутися до Страховика: у строк 50 (п'ятдесят) календарних днів – для відмови або у строк 90 (дев'яносто) календарних днів – щодо корегування умов (одноразово);

4) Дотримуватися умов Договору Страхування;

5) Своєчасно та в повному обсязі вносити Страхові Премії згідно з Договором Страхування;

6) Письмово інформувати Страховика про зміни місця проживання, місця роботи, фактичного роду занять, діяльності, пов'язаної з роботою або регулярним відпочинком (заняття фізичною культурою і спортом, включаючи діяльність у професійному спорті, самодіяльний масовий спорт, хобі, тощо) та реквізитів банківського рахунку Застрахованої Особи та Страхувальника протягом 30 (тридцяти) календарних днів після таких змін;

7) Письмово повідомити Страховика про настання Страхового Випадку, протягом 10 (десяти) календарних днів з дня його настання і надавати Страховику в строк, встановлений в Договорі Страхування, всю необхідну інформацію та документи, докази, необхідні Страховику для перевірки законності заяви про здійснення Страхової Виплати, встановлення факту, причин та обставин настання Страхового Випадку та визначення розміру належної Страхової Виплати. Страховик має право відмовити у здійсненні Страхових Виплат у випадку ненадання Страхувальником, Застрахованою Особою або Вигодонабувачем документів, доказів та інформації, необхідних для визначення характеру Страхового Випадку, в строки, встановлені в Договорі Страхування, або подання неправдивих відомостей. Всі документи, що подаються Страховику повинні бути оформлені належним чином;

8) Інші обов'язки Страхувальника, передбачені Договором Страхування.

10.4. Права Страхувальника:

За згодою Застрахованої Особи призначати Вигодонабувачів для отримання Страхових Виплат у разі смерті Застрахованої Особи, а також змінювати їх до настання Страхового Випадку, якщо інше не передбачено Договором Страхування. Зміна Вигодонабувача відбувається після отримання Страховиком письмової заяви Страхувальника та затвердження Страховиком внесення такої зміни до Договору Страхування, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

10.5. Відповідальність Сторін:

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

10.6. Права Застрахованої Особи:

1) Отримати Страхову Виплату згідно з умовами Договору Страхування, Правил, відповідних Програм;

2) Оскаржити розмір здійсненої Страховиком Страхової Виплати або відмову у Страховій Виплаті в порядку, передбаченому чинним законодавством України;

3) Одержати будь-які роз'яснення щодо умов укладеного Договору Страхування.

10.7. Обов'язки Застрахованої Особи:

1) У разі настання випадку, що має ознаки страхового, звернутися за медико-санітарною допомогою до медичного закладу (лікарні, травм пункту) та/або інших компетентних органів (відповідно до характеру події: до Національної поліції, до служби швидкої медичної допомоги, органів пожежної охорони, аварійної служби газу тощо) та вжити всіх розумних (раціональних) заходів задля уникнення та/або мінімізації втрат або шкоди;

2) Під час укладення Договору Страхування надати правдиву та повну інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Порушення зобов'язання надавати правдиву та повну інформацію може призвести до дострокового припинення Договору Страхування або відмови у виплаті будь-якої Страхової Виплати, або зменшення суми Страхової Виплати, на розсуд Страховика;

3) Письмово інформувати Страховика про зміни свого місця проживання/місця перебування, місця роботи, фактичного роду занять, діяльності, пов'язаної з роботою або регулярним відпочинком (заняття фізичною культурою і спортом, включаючи діяльність у професійному спорті, самодіяльний масовий спорт, хобі, тощо) та реквізитів банківського рахунку Застрахованої Особи та Страхувальника протягом 30 (тридцяти) календарних днів після таких змін;

4) Письмово повідомити Страховика про настання Страхового Випадку, протягом 10 (десяти) календарних днів з дня його настання і надавати Страховику в строк, встановлений в Договорі Страхування, всю необхідну інформацію та документи, докази, необхідні Страховику для перевірки законності заяви про здійснення Страхової Виплати, встановлення факту, причин та обставин настання Страхового Випадку та визначення розміру належної Страхової Виплати. Страховик має право відмовити у здійсненні Страхових Виплат у випадку ненадання Страхувальником, Застрахованою Особою або Вигодонабувачем документів та інформації, необхідних для визначення характеру Страхового Випадку, в строки, встановлені в Договорі Страхування, або подання неправдивих відомостей. Всі документи, що подаються Страховику для отримання Страхової Виплати повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та посвідчені належним чином.

11. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

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

11.3. Внесення змін до умов Договору Страхування оформлюється відповідним Додатком/Додатками. Додаток є підтвердженням внесення змін до умов Договору Страхування та його невід'ємною частиною.

12. ПОРЯДОК ЗМІНИ СТРАХУВАЛЬНИКА АБО СТРАХОВИКА

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

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

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

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

13. НАСЛІДКИ ВТРАТИ СТРАХУВАЛЬНИКОМ ПРАВ ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ

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

14. ДОСТРОКОВЕ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ЗА ЯКИМ СФОРМОВАНА ВИКУПНА СУМА

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

14.1.1. вимога Страхувальника, подана у формі відповідної письмової заяви та направлена не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення;

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

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

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

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

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

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

15. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

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

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

1) письмову заяву від Страхувальника, Застрахованої Особи, Вигодонабувача або інших осіб, які мають право на отримання Страхових Виплат згідно з Договором Страхування;

2) у випадку смерті Застрахованої Особи або Страхувальника - оригінали або нотаріально посвідчені копії свідоцтва про смерть або рішення суду про оголошення особи померлою, що набрало законної сили, довідки компетентних органів про причину смерті та/або лікарського свідоцтва про смерть; оригінали або нотаріально засвідчені копії свідоцтв про народження Застрахованої Особи / Страхувальника / Вигодонабувачів, нотаріально засвідчену копію документа, що посвідчує ступінь споріднення Вигодонабувача(-ів) із Застрахованою Особою/ Страхувальником (свідоцтво про шлюб тощо);

3) у разі Нещасного випадку – оригінали або копії, засвідчені нотаріально або закладом, який видав документ, акта про нещасний випадок невиробничого/виробничого характеру або документа від компетентних органів, який підтверджує факт настання Нещасного випадку, довідки медико-соціальної експертної комісії про встановлення/зміну групи інвалідності; довідки компетентних органів про причину встановлення інвалідності; матеріалів компетентних органів щодо розслідування причин смерті тощо;

4) у разі хвороби – оригінал або копію, засвідчену медичним закладом, який видав документ, медичної довідки про амбулаторне чи стаціонарне лікування Застрахованої Особи із зазначенням терміну лікування / дат госпіталізації, діагнозу на дату настання події та загальними висновками лікаря, оригінали або копії, засвідчені нотаріально або закладом, який видав документ, довідки медико-соціальної експертної комісії про встановлення/зміну групи інвалідності, листків непрацездатності за період тривання тимчасової непрацездатності, а також інші медичні документи, що стосуються події (рентгенівські знімки, висновки обстежень) тощо;

5) копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номера та документа, який посвідчує особу одержувача;

6) інші документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання Страхового Випадку та його наслідки, враховуючи особливості конкретного Страхового Випадку, а також документи, що підтверджують право особи, іншої ніж Вигодонабувач, на отримання Страхової Виплати (свідоцтво про спадщину тощо), на запит Страховика.

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

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

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

- 1) Ануїтет на строк, сплачуваний обумовленими рівними частинами;
 - 2) Ануїтет на строк, сплачуваний протягом обумовленого терміну;
 - 3) Довічний ануїтет;
 - 4) Довічний ануїтет, гарантований на певний строк;
-

5) Довічний анuitет, який може бути переданий подружжю Одержувача у розмірі 60% від суми Довічного анuitету;

що оформлюється згідно з законодавством України та Положенням про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-31 до Правил) та за умови, що вік Одержувача на момент Початку дії Положення є не меншим за мінімальний вік, встановлений Страховиком для застосування такого Положення до Договору Страхування.

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

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

16.3. Застрахованій Особі, Страхувальнику, Вигодонабувачу або особі, яка має право на отримання Страхової Виплати, також надається право на отримання Негарантованого бонусу відповідно до п. 20.1 Правил, а у разі застосування способів Страхових Виплат, передбачених підпунктами 1)-5) п. 16.1 Правил, - згідно з відповідними положеннями Додатку 1-31 до Правил.

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

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

16.6. У разі здійснення Страхової Виплати однією грошовою сумою Страховик здійснює Страхові Виплати після завершення перевірки всіх документів, яка розпочинається з дня отримання Страховиком останнього з документів, що вимагалися. Якщо таку перевірку не завершено протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання Страховиком всіх необхідних документів, Страховик повідомляє у письмовій формі причини затримки, але цей термін затримки не повинен перевищувати 6 (шість) місяців. Якщо перевірка завершена, рішення про здійснення або відмову в

здійсненні страхових виплат ухвалюється Страховиком протягом 30 календарних днів з дня отримання останнього з усіх необхідних документів, що підтверджують факт, обставини та наслідки настання Страхового Випадку. Рішення про здійснення Страхової Виплати ухвалюється у вигляді складання страхового акту. Страховик здійснює Страхову Виплату протягом 10 (десяти) робочих днів з дня ухвалення відповідного рішення за умови, що всі документи, необхідні для здійснення Страхової Виплати, надані Страховику.

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

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

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

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

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

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

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

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

17.3. При розгляді заяви про здійснення Страхової Виплати Страховик має право направити Застраховану Особу на медичне обстеження/огляд за власний рахунок. Якщо Застрахована Особа відмовляється пройти медичне обстеження або наданих нею медичних документів недостатньо для

підтвердження факту настання Страхового Випадку, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати за цією Програмою.

18. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

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

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

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

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

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

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

19. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

20. ОСОБЛИВІ УМОВИ

20.1. Право на Негарантований бонус

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

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

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

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

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

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

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

4) У разі дожиття Застрахованої Особи до дати, визначеної в Договорі Страхування, або у випадку її смерті, будь-яка належна сума Негарантованого бонусу буде виплачена відповідно Застрахованій Особі або Вигодонабувачу. Разом з тим, Договір Страхування передбачає право на отримання Негарантованого бонусу за період між останньою датою нарахування Негарантованого бонусу та датою закінчення дії Договору Страхування або смерті.

20.2. Інші спеціальні умови

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

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

20.3. Податки та збори

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

20.4. Надання кредиту для сплати Страхових Премій.

Передача прав за Договором Страхування на користь Страховика як забезпечення виконання зобов'язань за кредитним договором:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Програма страхування основних ризиків

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

1. Предмет страхування

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

1.2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім'я та по батькові якої зазначаються у Страховому Полісі.

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

1.4. Страховим Випадком за цією Програмою є:

- Дожиття Застрахованої Особи до дати закінчення дії Договору страхування, зазначеної у Страховому Полісі або

- Смерть Застрахованої Особи до дати, зазначеної у Страховому Полісі, як дата закінчення дії Договору страхування.

1.5. Страховик зобов'язується здійснити Страхову Виплату за цією Програмою, за вирахуванням сум, належних до сплати Страхувальником, та будь-яких податків та зборів, передбачених чинним законодавством України, за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та здійснення Страхової Виплати, таким чином:

1.5.1. Застрахованій Особі - Страхову Суму, якщо Застрахована Особа жива на дату, визначену як дата закінчення дії Договору Страхування. Страхова Сума на випадок дожиття Застрахованої Особи на строк або дожиття Застрахованої Особи до певного віку встановлюється в розмірі Викупної Суми за Договором Страхування, розрахованої на дату закінчення дії цієї Програми; або

1.5.2. Вигодонабувачу - Страхову Суму, визначену в Договорі Страхування, як страхова сума на випадок смерті Застрахованої Особи, якщо Застрахована Особа померла до дати, визначеної як дата закінчення дії Договору Страхування Особи.

1.6. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Страховик здійснює Страхову Виплату Застрахованій Особі відповідно до умов цієї Програми та незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з умовами Договору Страхування.

2. Строк дії Договору Страхування

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

3. Припинення дії Програми

3.1. Дія Програми припиняється в більш ранню з таких дат:

- дата закінчення строку дії Договору Страхування, зазначена у Страховому Полісі або у Договорі Страхування, або
- дата смерті Застрахованої Особи.

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

3.3. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата Страхової Премії припиняється і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання виплати Страхувальнику Викупної суми, відповідно до чинного законодавства України, яка дорівнює незаробленій частині Страхової Премії (якщо така є) за вирахуванням 30% витрат на ведення справи, разом з будь-якою сплаченою авансом Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії - це частина Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.

4. Прикінцеві положення.

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

- 4.1.1. Надання кредиту для сплати Страхових Премій (п. 6.5 Правил);
- 4.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (п. 6.6 Правил);
- 4.1.3. Права на Негарантований бонус (п. 20.1 Правил);
- 4.4.4. Положення про індексацію для Програм страхування основних ризиків (Додаток 1-29) та Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-31).

4.2. Якщо це прямо зазначено в Страховому полісі або Договорі Страхування, Договором Страхування може бути передбачено

страхування тільки на випадок настання смерті Застрахованої Особи до дати, зазначеної у Страховому Полісі, як дата закінчення дії Договору страхування.

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

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

Програма страхування додаткових ризиків

Страхування на випадок травм та/або тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного випадку

(«Програма»)

1. Предмет страхування

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

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

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

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

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

2. Визначення

В цій Програмі наведені нижче терміни матимуть таке значення:

2.1. Травма – будь-яке погіршення стану здоров'я Застрахованої Особи, спричинене Нещасним випадком незалежно від того, чи призвело це до непрацездатності Застрахованої Особи.

2.2. 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 (п. 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 п 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 п. 3.5.

3.8. Не здійснюється додаткова Страхова Виплата за такі оперативні втручання:

- первинна хірургічна обробка (ушивання країв рани, посічення некротичних ділянок);
 - видалення чужорідних тіл, шовного матеріалу;
 - повторні планові оперативні втручання, пов'язані з видаленням раніше встановлених фіксуючих пластин, штифтів, шурупів, дренажів.
-

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

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

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

3.12. При визначенні розміру Страхової Виплати з врахуванням строку безперервного лікування, коли це передбачено відповідною статтею Таблиці 4.1., враховується лише призначене медичним працівником (що має на це право) лікування, тривалість якого відповідає характеру пошкодження (згідно з 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 променевоzap'ястного суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця на її ширину, що вимірюється на рівні гілок II-V п'ястих кісток (без урахування I пальця).

3.15. Таблиця 4.1 не застосовується і Виплати за цією Програмою не здійснюються в тих випадках, коли факт отримання того або іншого ушкодження в період дії Договору Страхування встановлений тільки на підставі повідомлень і скарг зацікавлених у виплатах осіб, навіть якщо

подібні повідомлення і скарги зафіксовані письмово, в т.ч. в медичних документах.

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

4.1. Таблиця загальних травм та тілесних ушкоджень:

Стаття	Травми та тілесні ушкодження внаслідок нещасного випадку	Розмір страхової виплати (% від страхової суми)
Черепно-мозкова травма, нервова система		
1.	Перелом кісток черепа:	
	а) зовнішньої пластинки кісток склепіння	5
	б) склепіння	15
	в) основи	20
2.	Внутрішньочерепні травматичні гематоми:	
	а) епідуральна	10
	б) субдуральна, внутрішньомозкова	15
	в) епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова)	20
3.	Ушкодження головного мозку:	
	а) струс головного мозку при строку лікування від 7 днів	3
	б) струс головного мозку при стаціонарному строку лікування від 14 і більше днів	5
	в) забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив при стаціонарному строку лікування не менше 14 днів	10
	г) не видалені сторонні тіла порожнини черепа (за винятком шовного і пластичного матеріалу)	15
	д) розмізчування речовини головного мозку (без опису симптоматики)	50
Примітки:		
<p><i>1. Якщо у зв'язку з черепно-мозковою травмою проводились оперативні втручання на кістках черепа, головному мозку і його оболонках, додатково виплачується 10% від страхової суми, одноразово.</i></p>		

	<i>2. Струс головного мозку має бути підтверджений діагнозом лікаря невропатолога/невролога і наявністю енцефалограми головного мозку.</i>	
4.	Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що призвело до:	
	а) астеничного синдрому, дистонії, енцефалопатії у дітей віком до 16 років	5
	б) арахноїдиту, енцефаліту, арахноенцефаліту	10
	в) епілепсії	15
	г) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки)	30
	д) гемі - або парапарезу (парезу обох верхніх або нижніх кінцівок або лівих кінцівок), амнезії (втрати пам'яті)	40
	е) моноплегії (паралічу однієї кінцівки)	60
	ж) тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, недоумства (деменції)	70
	з) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів	100
	Примітки:	
<i>1. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми нервової системи, вказаними у ст. 4, виплачується за одним з пунктів, який враховує найважчі наслідки травми, у тому випадку, якщо вони встановлені лікувально-профілактичним закладом не раніше 3-х місяців з дня отримання травми та підтверджені довідкою цього закладу. При цьому, страхова виплата здійснюється додатково до страхової виплати, яка була здійснена у зв'язку із страховими випадками, що призвели до ураження нервової системи.</i>		
<u>Загальна сума виплат не може перевищувати 100% страхової суми.</u>		
<i>2. У випадку, коли Страхувальником (Застрахованою особою) подані довідки стосовно лікування з приводу травми і її ускладнень, страхова виплата здійснюється за ст. 1, 2, 3, 5, 6 та ст. 4 шляхом підсумовування.</i>		
<i>3. В разі зниження гостроти зору або зниження слуху внаслідок черепно-мозкової травми страхова виплата здійснюється з урахуванням цієї травми і вказаних ускладнень за відповідними статтями шляхом підсумовування.</i>		

5.	Периферичне ушкодження одного чи декількох черепно-мозкових нервів	10
	Примітки:	
<i>Якщо ушкодження черепно-мозкових нервів настало при переломі основи черепа, то страхова виплата здійснюється за ст. 1. Стаття 5 при цьому не застосовується.</i>		
6.	Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, кінського хвоста, поліомієліт, без зазначення симптомів:	
	а) Струс спинного мозку при безперервному стаціонарному - строком не менше 7 днів, і амбулаторному лікуванні загальною тривалістю не менше 14 днів	5
	б) Забій спинного мозку при безперервному лікуванні загальною тривалістю не менше 28 днів амбулаторного лікування у поєднанні із стаціонарним, тривалість якого склала не менше 14 днів	10
	в) здавлення, гематомієлія, поліомієліт	30
	г) частковий розрив	50
	д) повний перерив спинного мозку	100
	Примітки:	
	<i>1. У тому випадку, коли страхова виплата була здійснена за ст. 6 (а, б, в, г), а надалі виникли ускладнення, перелічені у ст. 4, які підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу, то страхова виплата за ст. 4 здійснюється додатково до виплаченої раніше.</i>	
<i>2. Якщо у зв'язку з травмою хребта і спинного мозку проводилися оперативні втручання (окрім постановки люмбального дренажу) додатково виплачується 15% страхової суми одноразово. При постановці люмбального(их) дренажу(ів) виплачується 5% страхової суми одноразово.</i>		
7.	Травматичні неврити на одній кінцівці (за винятком невритів пальцевих нервів) .	5
8.	Ушкодження (перерив, поранення) шийного, плечового, поперекового, крижового сплетінь:	
	а) травматичний плексит	10

	б) частковий розрив сплетіння	40
	в) перерив сплетіння	70
	Примітки:	
	<i>1. Статті 7 та 8 одночасно не застосовуються.</i>	
	<i>2. Невралгії, невропатії, які виникли у зв'язку з травмою, не дають підстав для отримання страхової виплати.</i>	
	Перерив нервів:	
	а) гілок променевого, ліктьового або серединного (пальцевих нервів) на кисті	5
	б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променевоzap'ястного суглоба та передпліччя; малогомілкового та великогомілкового нервів	10
	в) двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променевоzap'ястного суглоба та передпліччя; малогомілкового та великогомілкового нервів	20
9.	г) одного: пахвового, променевого, ліктьового, серединного на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного і стегнового	25
	д) двох і більше: пахвового, ліктьового, серединного на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного і стегнового	40
	Примітки:	
	<i>Ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи та кисті не дає підстав для отримання страхової виплати.</i>	
Органи зору		
10.	Параліч акомодатції одного ока.	15
11.	Геміанопсія (випадіння половини поля зору одного ока), ушкодження м'язів очного яблука (травматична косоокість, птоз, диплопія).	15
12.	Звуження поля зору одного ока:	
	а) неконцентричне	10

	б) концентричне	15
13.	Пульсуючий екзофтальм одного ока	10
14.	Ушкодження ока, яке не призвело до зниження гостроти зору:	
	а) непроникаюче поранення очного яблука, гіфема	3
	б) проникаюче поранення очного яблука, опіки II-III ступеня, гемофтальм	10
	в) опіки ока (очей) без зазначення ступеня, а також опіки ока (очей) I ступеня	1
	Примітки:	
	<p>1. У випадку, якщо ушкодження, перелічені в ст. 14 призведуть до зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється відповідно до ст. 20. Стаття 14 при цьому не застосовується. Якщо ж у зв'язку з ушкодженням очного яблука здійснювалася страхова виплата за ст. 14, а в подальшому травма призвела до зниження гостроти зору і це дає підставу для здійснення страхової виплати в більшому розмірі, то раніше виплачена сума утримується.</p> <p>2. Поверхневі інородні тіла на оболонках ока не дають підстав для отримання страхової виплати.</p>	
15.	Ушкодження сльозопровідних шляхів одного ока:	
	а) які не призвели до порушення функції сльозопровідних шляхів	3
	б) які призвели до порушення функції сльозопровідних шляхів	7
16.	Наслідки травми ока:	
	а) кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, хоріоретиніт	3
	б) дефект райдужної оболонки, зміщення кришталика, зміна форми зіниці, трихіаз (неправильний ріст вій), заворот повіка, сторонні тіла у очному яблуці та тканинах очної ямки, рубці оболонок очного яблука та повік (за винятком шкіри)	10
	Примітки:	
	<p>1. Якщо внаслідок однієї травми настає декілька патологічних змін, перелічених у ст. 16, то страхова виплата здійснюється з урахуванням найбільше тяжкого наслідку, одноразово.</p>	

	<i>2. У випадку, коли лікар-окуліст не раніше ніж через 3 місяця після травми ока встановить, що мають місце патологічні зміни, які перелічені у статтях 10, 11, 12, 13, 15 б, 16, та зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється з урахуванням всіх наслідків шляхом підсумовування, але не більше ніж 50% за одне око.</i>	
17.	Ушкодження ока (очей) , що призвело до повної втрати зору єдиного ока або обох очей, які мали зір не нижче 0,2.	100
18.	Видалення внаслідок травми очного яблука сліпого ока.	10
19.	Перелам орбіти.	10
20.	Зниження гостроти зору.	П. 4.3.
Органи слуху та органи дихання.		
	Ушкодження вушної раковини, що призвели до:	
21.	а) переламу хряща	3
	б) відсутності до 1/3 частини вушної раковини	5
	в) відсутності 1/3-1/2 частини вушної раковини	7
	г) відсутності більше 1/2 частини вушної раковини	15
	Примітки:	
	<i>Рішення про здійснення страхової виплати за ст. 21(б, в, г) приймається на підставі даних лікарського огляду, проведеного після загоєння рани. Якщо страхова виплата здійснена за ст. 21, то ст. 58 не застосовується.</i>	
	Ушкодження одного вуха, що призвело до зниження слуху:	
22.	а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м	5
	б) шепітна мова на відстані до 1 м	15
	в) цілковита глухота (розмовна мова - 0)	25
	Примітки:	
	<i>Рішення про здійснення страхової виплати у зв'язку із зниженням внаслідок травми слуху приймається після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців з дня одержання травми. Після закінчення цього строку застрахована особа направляється до ЛОР-фахівця для визначення наслідків перенесеного ушкодження. В таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з врахуванням факту травми за ст. 23, 24 а (якщо є підстави) .</i>	

23.	Розрив однієї барабанної перетинки, що настав внаслідок травми, і не призвів до зниження слуху.	2
	Примітки:	
	<p>1. Якщо внаслідок травми стався розрив барабанної перетинки та настало зниження слуху, то розмір страхової виплати визначається за ст. 22. Стаття 23 при цьому не застосовується.</p> <p>2. Якщо розрив барабанної перетинки настав внаслідок перелому основи черепа (середня черепна ямка), то ст. 23 не застосовується.</p>	
24.	Ушкодження одного вуха, що призвело до післятравматичного отиту:	
	а) гострого гнійного	1
	б) хронічного	5
	Примітки:	
<p>Страхова виплата за ст. 24 б здійснюється додатково у випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене ЛОР-фахівцем через 3 місяці після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється з урахуванням факту травми за відповідною статтею.</p>		
25.	Перелом, вивих кісток, хряща носа, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, гратчастої кістки.	5
	Примітки:	
	<p>Якщо у зв'язку з переломом, вивихом кісток, хряща носа настане його деформація і це буде підтверджено довідкою лікувально-профілактичного закладу та результатами лікарського огляду, то страхова виплата здійснюється за ст. 25 та ст. 58 (якщо є підстави застосування цієї статті) шляхом підсумовування.</p>	
26.	Ушкодження легені, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмонія, ексудативний плеврит, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини:	
	а) з однієї сторони	5
	б) з обох сторін.	10
	Примітки:	
	<p>1. Пневмонія, яка розвинулася в період лікування травми або після оперативного втручання, проведеного з приводу травми (за винятком ушкодження грудної клітки та органів грудної порожнини) не дає підстав для здійснення страхової виплати.</p>	

	<i>2. Якщо переломи ребер, грудини призвели до ускладнень, передбачених ст. 26, страхова виплата за цією статтею виплачується додатково до ст. 28,ст. 29.</i>	
27.	Ушкодження грудної клітки та її органів, що призвели до:	
	а) легеневої недостатності (після 3 місяців з дня травми)	10
	б) видалення долі, частини легені	30
	в) видалення однієї легені	50
	Примітки:	
<i>При здійсненні страхової виплати за статтею 27(б, в) стаття 27 а не застосовується.</i>		
28	Перелом грудини.	5
29	Перелом ребер:	
	а) одного ребра	5
	б) кожного наступного ребра	3
	Примітки:	
	<i>1. При переломі ребер під час реанімаційних заходів страхова виплата здійснюється на загальних підставах.</i>	
<i>2. Перелом хрящової частини ребра дає підставу для здійснення страхової виплати.</i>		
<i>3. Якщо в довідках, одержаних з різних лікувально-профілактичних закладів, буде вказана різна кількість ушкоджених ребер, то страхова виплата здійснюється з врахуванням більшого числа ребер.</i>		
<i>4. Виплата по цій статті не може перевищувати 20%.</i>		
30	Проникаючі поранення грудної клітки, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою:	
	а) торакоскопія, торакоцентез, проникаюче поранення без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребувало проведення торакотомії	5
	б) торакотомія при відсутності ушкодження органів грудної порожнини	10

	в) торакотомія при пошкодженні органів грудної порожнини	15
	г) повторні торакотомії (незалежно від їх кількості)	5
	Примітки:	
	<i>1. Якщо у зв'язку з ушкодженням грудної клітки та її органів було проведено видалення легені чи її частини, то страхова виплата здійснюється відповідно до ст. 27; стаття 30 при цьому не застосовується. Статті 30 та 26 одночасно не застосовуються.</i>	
	<i>2. Якщо у зв'язку з травмою грудної порожнини проводилися торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, страхова виплата здійснюється з врахуванням найскладнішого втручання, одноразово.</i>	
31.	Ушкодження гортані, трахеї, щитовидного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, які не призвели до порушення функції	5
	Примітки:	
	<i>Якщо у зв'язку з травмою проводилася бронхоскопія, трахеотомія (трахеотомія), то додатково виплачується 5% від страхової суми.</i>	
	Ушкодження гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитовидного хряща, трахеостомія, проведена у зв'язку з травмою, що призвели до:	
	а) сиплості або втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж 3 місяці після травми	10
32.	б) втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж 6 місяців після травми	20
	Примітки:	
	<i>Страхова виплата за ст. 32 здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою за ст. 31. У випадку, якщо страхувальник (застрахована особа) в своїй заяві вказав, що травма призвела до порушення функції гортані або трахеї, то необхідно отримати висновок спеціаліста по закінченню 3 місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється за ст. 31.</i>	
Серцево-судинна система.		

33.	Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, які не призвели до серцево-судинної недостатності	25
34.	Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, які призвели до серцево-судинної недостатності:	
	а) I ступеня	10
	б) II-III ступеня	25
	Примітки:	
<i>Якщо в довідці лікувального закладу не вказана ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата виплачується за ст. 34 а.</i>		
35	Ушкодження великих периферичних судин, які не призвели до порушення кровообігу, на рівні:	
	а) плеча, стегна	10
	б) передпліччя, гомілки	5
36.	Ушкодження великих периферичних судин, які призвели до порушення кровообігу	10
	Примітки:	
	<i>1. До великих магістральних судин слід відносити: аорту, легеневу, безіменну, сонну артерії, внутрішні яремні вени, верхню та нижню порожнисті вени, а також магістральні судини, які забезпечують кровообіг внутрішніх органів. До великих периферичних судин слід відносити: підключичні, підпахвові, плечові, ліктьові та променеві артерії, підключичні, підпахвові, стегові та підколінні вени.</i>	
	<i>2. Якщо застрахована особа в своїй заяві вказала про те, що травма призвела до порушення функції серцево-судинної системи, то слід одержати висновок спеціаліста.</i>	
	<i>3. Страхова виплата за статтями 34, 36 здійснюється додатково, якщо вказані в цих статтях ускладнення травми, встановлені в лікувально-профілактичних закладах по закінченню 3 місяців після травми та підтверджені довідкою цього закладу. Раніше цього строку виплата здійснюється за ст. 33, 35.</i>	
<i>4. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводилися операції з метою встановлення судинного русла, то додатково виплачується 5% від страхової суми.</i>		
Органи травлення.		
37.	Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи:	

	а) перелом однієї кістки, вивих щелепи	5
	б) перелом двох і більше кісток або подвійний перелом однієї кістки	10
	Примітки:	
	1. При переломі щелепи, що випадково стався під час стоматологічних маніпуляцій, страхова виплата здійснюється на загальних підставах.	
	2. Перелом альвеолярного відростка, що стався при втраті зубів, не дає підстав для здійснення страхової виплати.	
	3. Якщо у зв'язку з травмою щелеп, великих кісток проводилося оперативне втручання, то додатково виплачується 5% від страхової суми, одноразово.	
	4. При повторних вивихах щелепи страхове відшкодування не сплачується.	
	Звичайний вивих щелепи.	10
	Примітки:	
38.	При звичному вивиху щелепи страхова виплата здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої за ст. 37, якщо це ускладнення сталося внаслідок травми, одержаної в період дії договору страхування, та протягом трьох років після неї. При рецидивах звичайного вивиху щелепи страхова виплата не здійснюється.	
	Ушкодження щелепи, що призвело до відсутності:	
	а) частини щелепи (за винятком альвеолярного відростка)	40
	б) щелепи	80
	Примітки:	
39.	1. При здійсненні страхової виплати у зв'язку з відсутністю щелепи або її частини врахована і втрата зубів, незалежно від їх кількості.	
	2. У тих випадках, коли травма щелепи супроводжувалася пошкодженням інших органів ротової порожнини, страхова виплати визначається з урахуванням цих ушкоджень за відповідними статтями шляхом підсумовування.	
	3. При здійсненні страхової виплати за ст. 39 додатково страхова виплата за оперативні втручання не здійснюється.	

40.	Ушкодження язика, ротової порожнини (поранення, опік, відмороження, що призвели до утворення рубців(незалежно від їх розміру)	3
41.	Ушкодження язика, що призвели до:	
	а) відсутності кінчика язика	10
	б) відсутності дистальної третини язика	15
	в) відсутності язика на рівні середньої третини	30
	г) відсутності язика на рівні кореня або повної відсутності язика	60
42.	Ушкодження зубів, що призвело до:	
	а) злам коронки зуба, перелому зуба (коронки, шийки, кореня), вивиху зуба	1
	б) втрата 1 зуба	3
	в) втрата 2-3 зубів	5
	г) втрата 4-6 зубів	10
	д) втрата 7-9 зубів	15
	е) втрата 10 і більше зубів	20
	Примітки:	
	<i>1. При переломі чи втраті внаслідок травми зубів з нез'ємними протезами страхова виплата здійснюється з урахуванням втрати лише опорних зубів. При пошкодженні внаслідок травми змінні протезів страхова виплата не здійснюється.</i>	
	<i>2. При втраті або переломі молочних зубів у дітей до 5 років страхова виплата здійснюється на загальних підставах.</i>	
	<i>3. При втраті зубів та переломі щелепи розмір страхової виплати, яка повинна бути здійснена, визначається за ст. 37 та ст. 42 шляхом підсумовування.</i>	
	<i>4. Якщо у зв'язку з травмою зуба була здійснена страхова виплата за ст. 42а, а в подальшому цей зуб був видалений, то із страхової виплати, яка повинна бути здійснена, вираховується раніше здійснена страхова виплата.</i>	
	<i>5. Якщо видалений у зв'язку з травмою зуб буде імплантований, страхова виплата здійснюється на загальних підставах за ст. 42. У випадку видалення цього зуба додаткова виплата не проводиться.</i>	

43.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунку, кишечника, а також езофагогастроскопія, проведена у зв'язку з цими пошкодженнями або з метою видалення сторонніх тіл стравоходу, шлунку, що не призвели до функціональних порушень	5
44.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) стравоходу, що викликало:	
	а) звуження стравоходу першого ступеня	25
	б) звуження стравоходу другого ступеня	30
	в) звуження стравоходу третього ступеня	40
	г) непрохідність стравоходу (при наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу	70
	<p align="center">Примітки:</p> <p><i>Процент від страхової суми, який підлягає сплаті за ст. 44, визначається не раніше ніж через 6 місяців з дня травми. Раніше цього страхова виплата здійснюється попередньо за ст. 43 і цей процент вираховується при прийнятті остаточного рішення.</i></p>	
45.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що призвели до:	
	а) холециститу, дуоденіту, гастриту, панкреатиту, ентериту, коліту, проктиту, парапроктиту	5
	б) рубцевого звуження (деформації) шлунка, кишечника, задньопрохідного отвору	10
	в) спайкової хвороби, стану після операції з приводу спайкової непрохідності	25
	г) кишкового свища, кишково - піхвового свища, свища підшлункової залози	50
	д) протиприродного заднього проходу (колостоми)	75
	<p align="center">Примітки:</p> <p><i>1. При ускладненнях травми, передбачених у пунктах а), б), в) ст. 45, страхова виплата здійснюється за умови, що ці ускладнення мають місце по закінченню 3 місяців після травми, а передбачені в пунктах г), д) ст. 45 - по закінченню 6 місяців після травми. Вказані ускладнення травми визнаються лише у тому випадку, якщо вони підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу. Раніше цих строків страхова виплата здійснюється за ст. 43 і цей процент не вираховується при прийнятті остаточного рішення.</i></p>	

	<i>2. Якщо внаслідок однієї травми виникнуть ускладнення, перелічені в одному пункті ст.45, страхова виплата здійснюється одноразово. Проте, якщо виникли патологічні зміни, перелічені в різних пунктах, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування, но не більше 100% від страхової суми.</i>	
46.	Грижа, що утворилась на місці ушкодження передньої черевної стінки, діафрагми або в ділянці післяопераційного рубця, якщо операція проводилась у зв'язку з травмою, або стан після операції з приводу такої грижі.	10
	Примітки:	
	<i>1. Страхова виплата за ст. 46 здійснюється додатково до страхової виплати, визначеної у зв'язку з травмою органів живота, якщо вона є прямим наслідком цієї травми.</i>	
	<i>2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові та пахово-мошоночні), що виникли внаслідок підняття важких речей, не дають підстав для здійснення страхової виплати.</i>	
47.	Ушкодження печінки внаслідок травми чи випадкового гострого отруєння, що призвело до:	
	а) підкапсульного розриву печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатиту, сироваткового гепатиту, що розвинувся безпосередньо у зв'язку з травмою і зберігається більше місяця з моменту травми чи отруєння, гепатозу	5
	б) печінкової недостатності	20
48.	Ушкодження печінки, жовчного міхура, що призвели до:	
	а) ушивання розривів печінки чи видалення жовчного міхура	15
	б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура	20
	в) видалення частини печінки	25
	г) видалення частини печінки та жовчного міхура	35
49.	Ушкодження селезінки, що призвело до:	
	а) підкапсульного розриву селезінки, що не потребував оперативного втручання	5
	б) видалення селезінки	30

50.	Ушкодження шлунку, підшлункової залози, кишечника, брижі, що призвели до:	
	а) утворення псевдокісти підшлункової залози	20
	б) резекції шлунку, кишечника, підшлункової залози	30
	в) видалення шлунку	60
	Примітки:	
<p><i>При наслідках травми, які перелічені в одному пункті ст.50, страхова виплата здійснюється одноразово. Проте, якщо травма різних органів призведе до ускладнень, зазначених в різних пунктах, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.</i></p>		
51.	Ушкодження органів живота, у зв'язку з якими проведені:	
	а) лапароскопія (лапароцентез)	5
	б) лапаротомія при підозрі на пошкодження органів живота (в тому числі, з лапароскопією, лапароцентезом)	10
	в) лапаротомія при пошкодженні органів живота (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	15
	г) повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості)	5
	Примітки:	
	<p><i>1. Якщо у зв'язку з травмою органів живота є підстави для здійснення страхової виплати за ст. 47-50, то ст. 51 (крім пункту 2) не застосовується.</i></p> <p><i>2. Якщо внаслідок однієї травми будуть ушкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один чи декілька будуть видалені, а інші (інші) ушиті, страхова виплата здійснюється за відповідними статтями та пунктом в) ст. 51, одноразово.</i></p> <p><i>3. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми будуть ушкоджені органи системи травлення, сечовивідної чи статеві системи (без їх видалення), додатково здійснюється страхова виплата за ст. 55 у розмірі 5%.</i></p>	
Сечовидільна та статева системи.		
52.	Ушкодження нирки, що призвели до:	
	а) забою нирки, підкапсульного розриву нирки, що не потребував оперативного втручання	5

	б) видалення частини нирки	30
	в) видалення нирки	60
53.	Ушкодження органів сечовидільної системи (нирок, сечоводу, сечового міхура, сечовипускального каналу) , що призвели до:	
	а) циститу, уретриту	5
	б) гострої ниркової недостатності, пієліту, пієлоциститу	10
	в) зменшення об'єму сечового міхура	15
	г) гломерулонефриту, пієлонефриту, звуження сечоводу, сечовипускального каналу	25
	д) синдрому тривалого роздавлювання (травматичного токсикозу, краш-синдрому, синдрому розм'ягчення), хронічної ниркової недостатності	30
	е) непрохідності сечоводу, сечовипускального каналу, сечостатевих свищів	40
	Примітки:	
	1. Якщо внаслідок травми настане порушення функції декількох органів сечовидільної системи, процент від страхової суми, що підлягає виплаті, визначається за одним з пунктів ст. 53, що враховує найважчі наслідки ушкодження.	
2. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми, переліченими в ст. 53 (а, в, г, д, е), здійснюється у тому випадку, якщо ці ускладнення мають місце по закінченню 3 місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється за ст. 52 або 55а і цей процент не вираховується при прийнятті остаточного рішення.		
54.	Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовидільної системи:	
	а) цистостомія	5
	б) при підозрі на ушкодження органів	10
	в) при ушкодженні органів	15
	г) повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (не залежно від їх кількості)	5
Примітки:		

	<i>Якщо у зв'язку з травмою було проведено видалення нирки або її частини, страхова виплата здійснюється за ст. 52 (б, в). Стаття 54 при цьому не застосовується.</i>	
55.	Ушкодження органів статевої або сечовидільної системи:	
	а) поранення, розрив	5
	б) зґвалтування особи у віці:	
	до 15 років	50
	від 15 до 18 років	30
	від 18 років і старше	15
	Примітки:	
	<i>Страхова виплата за пунктом б) ст.55 здійснюється лише після того, як факт зґвалтування буде підтверджено вироком суду, що набрав законної чинності. При цьому ця виплата зменшується на суму, яка була виплачена за пунктом а) ст.55.</i>	
56.	Ушкодження статевої системи, що призвело до:	
	а) видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка	15
	б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члену	30
	в) втрати матки у жінок віком:	
	до 40 років	50
	від 40 до 50 років	30
	від 50 і старше	15
	г) втрати статевого, члена, в т.ч. разом з яєчками у чоловіків віком:	
	до 60 років	50
	60 років і старше	20
М'які тканини		
57.	Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки, вушних раковин, що призвели після загоювання до:	
	а) утворення рубців, пігментних плям довжиною (діаметром) від 1 до 3 см	3

	б) утворення рубців, пігментних плям довжиною 3 см і більше	5
	в) значного порушення косметичного вигляду	10
	г) різкого порушення косметичного вигляду	15
	д) спотворення.	20
Примітки:		
<p><i>1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за забарвленням від оточуючої шкіри, втягнуті або ті, що виступають над її поверхнею, стягують тканини. Спотворення – це різка зміна істотного вигляду обличчя людини внаслідок механічного, хімічного, термічного та інших зовнішніх впливів.</i></p>		
<p><i>2. Якщо у зв'язку з переломом кісток лицьового черепа зі зміщенням відламків була проведена операція (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, страхова виплата проводиться з урахуванням перелому та післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметичний вигляд в тому чи іншому ступені.</i></p>		
<p><i>3. Якщо внаслідок пошкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки утворився рубець або пігментна пляма і у зв'язку з цим була виплачена відповідна страхова виплата, а потім застрахована особа одержала травму, що призвела до утворення нових рубців (пігментних плям), страхова виплата проводиться знову з урахуванням наслідків повторної травми.</i></p>		
58.	Ушкодження м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що призвели після загоєння до утворення рубців площею:	
	а) від 2,0 кв. см до 5,0 кв. см або довжиною 5 см і більше	3
	б) від 5,0 кв. см до 2 % поверхні тіла	5
	в) від 2,0 % до 6,0% поверхні тіла	10
	г) від 6,0 % до 10,0% поверхні тіла	15
	д) від 10,0 % до 15,0% поверхні тіла	20
	є) від 15 % та більше	25
Примітки:		

	<p>1. 1% поверхні тіла обстежуваного дорівнює площині поверхні долоні його кисті й пальців. Ця площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом перемноження довжини кисті, що вимірюється від променевоzap'ястного суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця на її ширину, що вимірюється на рівні гілок II-V п'ястих кісток (без урахування I пальця).</p>	
	<p>2. При визначенні площі рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на місці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри.</p>	
	<p>3. Якщо страхова виплата проводиться за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожилків, зшиванні судин, нервів і т. ін.), стаття 58 не застосовується.</p>	
59.	Ушкодження м'яких тканин тулуба, кінцівок, що призвели до утворення пігментних плям площею:	
	а) від 1 % до 2 % поверхні тіла	3
	б) від 2% до 10% поверхні тіла	5
	в) від 10% і більше	10
	Примітки:	
	<p>Рішення про проведення страхової виплати за статтями 57, 58, 59 приймається з урахуванням даних лікарського огляду, який проведений після загоєння поверхонь ран але не раніше ніж через 1 місяць після травми.</p>	
	<p>2. Загальна сума виплат за статтями 58 і 59 не повинна перевищувати 40%.</p>	
60.	Опікова хвороба	10
	Примітки:	
	<p>Страхова виплата за ст. 60 проводиться додатково до страхової виплати, що проводиться у зв'язку з опіком.</p>	
61.	Ушкодження м'яких тканин:	
	а) невидалені сторонні тіла	3
	б) м'язева грижа, післятравматичний періостит, нерозсмоктана гематома площею не менше 2 кв. см	5
	в) розрив сухожилка, за винятком пальців кисті, взяття аутотрансплантата, розрив, надрив м'язів	5
	Примітки.	

	<p>1. Страхова виплата у зв'язку з нерозсмокнаною гематомою, м'язевою грижею або післятравматичним періоститом виплачується у тому випадку, якщо ці ускладнення травми зафіксовані по закінченню 1 місяця з дня травми.</p>	
	<p>2. Рішення про проведення страхової виплати за пунктом б) ст.61 приймається з урахуванням даних лікарського огляду, проведеного не раніше ніж через 1 місяць після травми.</p>	
Хребет		
	Перелом, перелоמו-вивих або вивих тіл, дужок, суглобових відростків хребців (за винятком крижів та куприка):	
62.	а) одного	10
	б) двох-трьох	20
	б) чотирьох-шести;	30
	в) семи і більше	40
63.	Розрив міжхребцевих зв'язок (при строку лікування не менше ніж 14 днів), підвивих хребців (за винятком куприка).	5
	Примітки.	
	<i>при рецидивах підвивиха хребця страхова виплата не проводиться.</i>	
	Перелом остистого або поперечного відростка:	
64.	а) одного-двох	5
	б) трьох і більше	10
65.	Перелом крижів	10
	Ушкодження куприка:	
66.	а) підвивих куприкових хребців	3
	б) вивих куприкових хребців	5
	в) перелом куприкових хребців	10
Примітки:		

	<p>1. Якщо у зв'язку з травмою хребта (в тому числі, крижів та куприка) проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово.</p>	
	<p>2. У випадку, коли перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, страхова виплата проводиться з урахуванням обох пошкоджень шляхом підсумовування.</p>	
	<p>3. У випадку, коли внаслідок однієї травми станеться перелом тіла хребця, ушкодження зв'язок, перелом поперекових або остистих відростків, страхова виплата проводиться за статтею, яка передбачує найважче ушкодження, одноразово.</p>	
	<p>4. Ушкодження хребта, що настали без зовнішньої дії - травми, наприклад, що стали наслідком підйому важких речей, не є основою для страхової виплати.</p>	
Верхня кінцівка. Лопатка та ключиця.		
	Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально-ключичного, грудинно - ключичного зчленувань:	
	а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного зчленування	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки й розрив одного зчленування, перелоמו-вивих ключиці	10
	в) розрив двох зчленувань й перелом однієї кістки, перелом двох кісток й розрив одного зчленування	15
67.	г) незрощений перелом (псевдосуглоб)	15
Примітки:		
	<p>1. У випадку, коли у зв'язку з ушкодженнями, переліченими у ст. 67, проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово.</p>	
	<p>2. У випадку, коли у зв'язку з відкритим переломом не проводилося оперативне втручання, рішення про проведення страхової виплати за ст. 58 приймається за результатами лікарського огляду, проведеного після загоєння рани.</p>	

	<p>3. Страхова виплата у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) проводиться у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі по закінченню 6 місяців після травми і підтверджене довідкою цього закладу. Ця виплата є додатковою.</p>	
Плечовий суглоб		
68.	Ушкодження ділянки плечового суглоба (суглобової западини лопатки, головки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, суглобової сумки):	
	а) розрив сухожилків, капсули суглоба, відриви кісткових фрагментів, у тому числі, великого горбика, перелом суглобової западини лопатки, вивих плеча;	5
	б) перелом двох кісток, перелом лопатки й вивих плеча;	10
	в) перелом плеча (головки, анатомічної, хірургічної шийки) переломо-вивих плеча;	15
	Примітки:	
у випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 68, страхова виплата проводиться у відповідності з пунктом, який враховує найтяжче ушкодження.		
69.	Ушкодження плечового поясу, що призвели до:	
	а) звичного вивиху плеча	15
	б) відсутності рухів у суглобі (анкілозу)	20
	в) “бовтаючогося” плечового суглоба, внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його	40
	Примітки:	
<p>1. Страхова виплата за ст. 69 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки плечового суглоба у випадку, коли перелічені у цій статті ускладнення будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом після закінчення 6 місяців з дня травми й підтверджені довідкою цього закладу.</p> <p>2. У випадку, коли у зв'язку з травмою плечового суглоба будуть проведені оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми.</p>		

	<p>3. Страхова виплата в разі звичного вивиху плеча проводиться у випадку, коли він настав протягом 3 років після первинного вивиху, що стався під час чинності договору страхування. Діагноз звичного вивиху плеча повинен бути підтверджений лікувальним закладом, в якому проводилося його вправлення. В разі рецидивів звичного вивиху плеча страхова виплата не проводиться.</p>	
Плече		
	Перелом плечової кістки:	
70.	а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина), крім ділянки суглобів	15
	б) подвійний перелом	20
	Перелом плечової кістки, що призвів до утворення незрощеного перелому (псевдосуглоба)	20
71.	Примітки:	
	<p>1. Страхова виплата за статтею 71 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою плеча, якщо вказані ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі по закінченню 9 місяців після травми.</p>	
	<p>2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки плеча проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% від страхової суми.</p>	
	Травматична ампутація верхньої кінцівки або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації:	
72.	а) з лопаткою, ключицею або їх частиною	70
	б) плеча на будь-якому рівні	60
	в) єдиної кінцівки на рівні плеча	100
	Примітки:	
	якщо страхова виплата проводиться за статтею 72, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	
Ліктьовий суглоб		
	Ушкодження ділянки ліктьового суглоба:	
73.	а) гемартроз, пронаційний підвих передпліччя, вивих кістки	3

	б) відриви кісткових фрагментів, у тому числі відриви (переломи) надвиростків плечової кістки, черезвиростковий (надвиростковий) перелом плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки	5
	в) перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя	10
	г) перелом плечової кістки	15
	д) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками.	20
	Примітки:	
	<i>у випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 73, страхова виплата проводиться у відповідності з пунктом, який враховує найтяжче ушкодження.</i>	
	Ушкодження ділянки ліктьового суглоба, що призвело до:	
	а) відсутності рухів у суглобі (анкілозу);	20
	б) “бовтаючогося” ліктьового суглобу внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його	30
	Примітки:	
74.	<i>1. Страхова виплата за ст. 74 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки ліктьового суглоба, у тому випадку, коли порушення рухів у цьому суглобі буде встановлено лікувально-профілактичним закладом по закінченню 6 місяців після травми й підтверджене довідкою цього закладу.</i>	
	<i>2. У тому випадку, коли у зв'язку з травмою ділянки ліктьового суглоба будуть проведені оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</i>	
Передпліччя		
75.	Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, за винятком ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина):	
	а) перелом однієї кістки	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки	10
76.	Незрощений перелом (псевдосуглоб) кісток передпліччя:	
	а) однієї кістки	15

	б) двох кісток	20
	Примітки:	
	<i>Страхова виплата за ст. 76 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою передпліччя, якщо це ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичному закладі по закінченні 9 місяців після травми й підтверджене довідкою цього закладу.</i>	
77.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до:	
	а) ампутації передпліччя на будь-якому рівні	50
	б) екзартикуляції у ліктьовому суглобі	55
	в) ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя	100
	Примітки:	
	<i>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.</i>	
<i>2. Якщо страхова виплата проводиться за статтею 77, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.</i>		
Променевозап'ястний суглоб		
78.	Ушкодження ділянки променевозап'ястного суглоба:	
	а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих головки ліктьової кістки	5
	б) перелом двох кісток передпліччя	10
	в) перілунарний вивих кисті	7
	г) вивих кісток зап'ястя	2
	д) переломо-вивих кисті	10
79.	Ушкодження ділянки променевозап'ястного суглоба, що призвело до відсутності рухів (анкілозу) в цьому суглобі.	15
	Примітки:	

	<p><i>1. Страхова виплата за ст. 79 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки променево-зап'ястного суглоба у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом але не раніше як через 6 місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу.</i></p> <p><i>2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки променевозап'ястного суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми.</i></p>	
Кисть		
80.	Перелом кісток зап'ястя, п'ясних кісток однієї кисті:	
	а) однієї кістки (крім човноподібної)	5
	б) двох і більше кісток (крім човноподібної)	10
	в) човноподібної кістки	10
	Примітки:	
	<p><i>1. Якщо у зв'язку з травмою кисті проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 5% від страхової суми одноразово.</i></p> <p><i>2. У разі перелому (вивиху) внаслідок однієї травми кісток зап'ястя (п'ясних кісток) та човноподібної кістки страхова виплата проводиться з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування.</i></p>	
81.	Ушкодження кисті, що призвело до:	
	а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї чи декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів)	10
	б) втрати всіх пальців, ампутації на рівні п'ясних кісток зап'ястя або променевозап'ястного суглоба	65
	в) ампутації єдиної кисті	100
	Примітки:	
<p><i>Страхова виплата у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) кісток зап'ястя або п'ясних кісток проводиться додатково за ст 81а у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 3 місяці від дня травми й підтверджене довідкою цього закладу.</i></p>		
Пальці кисті. Перший палець		
82.	Ушкодження пальця, що призвело до:	

	а) відриву нігтьової пластинки	1
	б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків) розгиначів/згиначів пальця, сухожилкового, суглобового, кісткового панарицію	3
	Примітки:	
	1. Гнійне запалення біля нігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для проведення страхової виплати.	
	2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилків, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилковим панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3 % від страхової суми одноразово.	
	3. У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 82, страхова виплата проводиться у відповідності з пунктом, який враховує найтяжче ушкодження.	
	Ушкодження пальця, що призвели до:	
	а) відсутності рухів в одному суглобі	10
	б) відсутності рухів у двох суглобах	15
	Примітки:	
83.	Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції I пальця проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з його травмою, в тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але раніше як через 6 місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу.	
	Пошкодження пальця, що призвело до:	
	а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги	5
	б) ампутації на рівні нігтьової фаланги	10
	в) ампутації на рівні між фалангового суглоба (втрати нігтьової фаланги)	15
	г) ампутації на рівні основної фаланги, п'ясно-фалангового суглоба (втрата пальця)	20
	д) ампутації пальця з п'ясною кісткою або її частиною	25
84.	Примітки:	

	<i>якщо страхова виплата проведена за ст. 84, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадиться.</i>	
Другий, третій, четвертий, п'ятий пальці		
	Ушкодження одного пальця, що призвело до:	
	а) відриву нігтьової пластинки	1
	б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків) розгиначів/згиначів пальця, сухожилкового, суглобового, кісткового панарицію	3
	Примітки:	
85.	<i>1. Гнійне запалення біля нігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для проведення страхової виплати.</i>	
	<i>2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилків, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилковим панарицієм пальця (пальців) проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3 % від страхової суми одноразово.</i>	
	<i>3 У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 85, страхова виплата проводиться у відповідності з пунктом, який враховує найтяжче ушкодження.</i>	
	Ушкодження пальця, що призвело до:	
	а) відсутності рухів у одному суглобі	5
	б) відсутності рухів у двох або трьох суглобах пальця	7
	Примітки:	
86.	<i>Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції пальця проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з його травмою, у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми, та підтверджена довідкою цього закладу.</i>	
	Ушкодження пальця, що призвело до:	
	а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги	3
	б) ампутації на рівні нігтьової фаланги, втрати фаланги	5
	в) ампутації на рівні середньої фаланги, втрати двох фаланг	7
87.	г) ампутації на рівні основної фаланги, втрати пальця	10

	д) втрати пальця з п'ясною кісткою або частиною її	15
Примітки:		
<i>1. Якщо страхова виплата проведена за ст. 87, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадиться.</i>		
<i>2. При ушкодженні декількох пальців в період чинності одного договору страхування страхова виплата проводиться з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування. Проте розмір її не повинен перевищувати 65% для однієї кисті та 100 % для обох кистей.</i>		
Таз		
Ушкодження таза:		
88.	а) перелом однієї кістки	5
	б) перелом двох кісток або розрив одного зчленування, подвійний перелом однієї кістки	10
	в) перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох зчленувань	15
	Примітки:	
<i>Якщо у зв'язку з переломом кісток таза або розривом зчленувань проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</i>		
Ушкодження таза, що призвели до відсутності рухів у тазостегнових суглобах:		
89.	а) у одному суглобі	20
	б) у двох суглобах	40
	Примітки:	
	<i>Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції тазостегнового суглоба (суглобів) проводиться за ст. 89 додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою таза, у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми і підтверджена довідкою цього закладу.</i>	
Нижня кінцівка.		
Тазостегновий суглоб		
90.	Ушкодження тазостегнового суглоба:	
	а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів)	5

	б) ізольований відрив вертела (вертелів), черезвертельний (міжвертельний) перелом стегна	10
	в) вивих стегна	10
	г) перелом головки, шийки, проксимального метафіза стегна	25
	Примітки:	
	<i>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.</i>	
	<i>2. Якщо у зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</i>	
	Ушкодження тазостегнового суглоба, що призвели до:	
	а) відсутність рухів (анкілозу)	20
	б) незрощеного перелому шийки стегна	25
	в) ендопротезування	30
	г) “бовтаючогося” суглоба внаслідок резекції головки стегна	35
91.	Примітки:	
	<i>1. Страхова виплата у зв'язку з ускладненнями, переліченими у ст. 91, проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою суглоба.</i>	
	<i>2. Страхова виплата за ст. 91б проводиться у тому випадку, коли це ускладнення буде встановлено у лікувальному закладі, але не раніше як через 9 місяців з дня травми й підтверджено довідкою цього закладу.</i>	
	Стегно	
	Перелом стегна:	
92.	а) на будь-якому рівні, за винятком ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина)	20
	б) подвійний перелом стегна	30
93.	Перелом стегна, що призвів до утворення незрощеного перелому	30

Примітки:		
<i>1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки стегна проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</i>		
<i>2. Страхова виплата за ст. 93 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 9 місяців від дня травми й підтверджене довідкою цього закладу.</i>		
94.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації кінцівки на будь-якому рівні стегна:	
	а) однієї кінцівки	70
	б) єдиної кінцівки	100
	Примітки:	
<i>якщо страхова виплата була проведена за ст. 94, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.</i>		
Колінний суглоб		
Ушкодження ділянки колінного суглоба:		
95.	а) гемартроз, вивих надколінника	3
	б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), перелом головки маломілкової кістки, пошкодження меніска	5
	в) перелом: надколінника, міжвиросткового підвищення, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки, виростків стегна, черезвиростковий (надвиростковий) перелом стегна, розрив зв'язок, що вимагав оперативного лікування	10
	г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з голівкою маломілкової	15
	д) вивих гомілки	15
	е) перелом дистального метафіза стегна	20

	ж) перелом дистального метафіза, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток	25
Примітки:		
<i>1. При поєднанні різних ушкоджень колінного суглоба, страхова виплата проводиться одноразово у відповідності до одного з пунктів ст. 95, що передбачає найтяжче ушкодження.</i>		
<i>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.</i>		
96.	Ушкодження ділянки колінного суглоба, що призвело до:	
	а) відсутності рухів у суглобі	20
	б) “бовтаючогося” колінного суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його	25
	в) ендопротезування	30
	Примітки:	
	<i>Страхова виплата за ст. 96 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою цього суглоба.</i>	
Гомілка		
97.	Перелом кісток гомілки (за винятком ділянки суглобів) :	
	а) малогомілкової, відриви кісткових фрагментів	5
	б) великогомілкової, подвійний перелом малогомілкової	10
	в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової	15
	Примітки:	
	<i>1. Страхова виплата за ст. 97 визначається при: - переломах малогомілкової кістки у верхній і середній третині; - переломах діафіза великогомілкової кістки на будь-якому рівні; - переломах великогомілкової кістки в ділянці діафіза (верхня, середня, нижня третина) та переломах малогомілкової кістки у верхній або середній третині</i>	

	<i>2. Якщо внаслідок травми настав внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки у колінному або гомілковоступневому суглобі і перелом малогомілкової кістки на рівні діафіза, страхова виплата проводиться за статтями 95 та 97 або статтями 100 та 97 шляхом підсумовування.</i>	
98.	Перелом кісток гомілки, що призвів до незрощеного перелому, псевдосуглоба (за винятком кісткових фрагментів):	
	а) малогомілкової кістки	5
	б) великогомілкової кістки	15
	в) обох кісток	20
	Примітки:	
	<p><i>1. Страхова виплата за ст. 98 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з переломом кісток гомілки, якщо такі ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 9 місяців від дня травми й підтверджені довідкою цього закладу.</i></p> <p><i>2. Якщо у зв'язку з травмою гомілки проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</i></p>	
99.	Травматична ампутація або ушкодження, що призвело до:	
	а) ампутації гомілки на будь-якому рівні	50
	б) екзартикуляції в колінному суглобі	60
	в) ампутації єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки	100
	Примітки:	
	<i>Якщо страхова виплата була проведена у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не провадиться.</i>	
Гомілковоступневий суглоб		
100.	Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба:	
	а) перелом однієї щиколотки, заднього краю великогомілкової кістки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу	5

	б) перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки	10
	в) перелом обох щиколоток з краєм великогомілкової кістки	15
Примітки:		
<i>1. При переломах кісток гомілковоступневого суглоба, які супроводжувались розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) ступні, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.</i>		
<i>2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки гомілковоступневого суглоба проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.</i>		
	Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба, що призвело до:	
	а) відсутність рухів у гомілковоступневому суглобі	20
	б) “бовтаючогося” гомілковоступневого суглоба (внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його)	25
101.	в) ексартикуляції в гомілковоступневому суглобі.	30
Примітки:		
<i>Якщо в результаті травми гомілковоступневого суглобу сталися ускладнення, що перераховані в ст. 101, страхова виплата проводиться за одним з пунктів, що враховує найбільш тяжкий наслідок.</i>		
	Ушкодження ахіллова сухожилка:	
102.	а) при консервативному лікуванні	5
	б) при оперативному лікуванні	15
Стопа		
	Ушкодження стопи:	
103.	а) перелом, вивих однієї кістки (за винятком п'яткової і таранної)	5
	б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки	10

	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:	
	<i>1. Якщо у зв'язку з переломом або вивихом кісток або розривом зв'язок стопи проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.</i>	
	<i>2. При переломах або вивихах кісток стопи, які настали внаслідок різних травм, страхова виплата проводиться з урахуванням факту кожної травми.</i>	
	Ушкодження стопи, що призвело до:	
	а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї-двох кісток (за винятком п'яркової і таранної кісток)	5
	б) незрощеного перелому (псевдосуглоба) трьох і більше кісток, а також таранної або п'яркової кісток	15
	в) артродез підтаранного суглоба, поперекового суглоба переплюсни (Шопара) або передплюсне-плюсньового (Лісфранка)	20
104.	г) ампутація на рівні плюсне-фалангових суглобів (відсутності всіх пальців стопи)	30
	д) ампутація на рівні плюсневих кісток або передплюсни	40
	е) таранної, п'яркової кісток (втрати стопи)	50
	Примітка:	
	<i>страхова виплата у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими пунктами а), б) в) ст.104, проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою стопи, у тому випадку, коли вони будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми і підтверджені довідкою цієї установи, а за пунктами з), д), е) - незалежно від строку, що минув після травми.</i>	
	Пальці стопи	
	Перелом, вивих фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків):	
105.	а) одного пальця	3
	б) двох-трьох пальців	5
	в) чотирьох-п'яти пальців	10
	Примітка:	

	<i>Якщо у зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилків пальця проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3 % від страхової суми одноразово.</i>	
106.	Травматична ампутація або ушкодження пальців стопи, що призвело до ампутації:	
	а) першого пальця на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба	5
	б) першого пальця на рівні основної фаланги або плюсне-фалангового суглоба	10
	другого, третього, четвертого, п'ятого пальців	
	в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	5
	г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів	10
	д) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	15
	е) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів	20
	Примітки:	
	<i>1. У тому випадку, коли страхова виплата проводиться за ст. 106, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводяться.</i>	
<i>2. Якщо у зв'язку з травмою була проведена ампутація пальця з плюсновою кісткою або її частиною, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.</i>		
107.	Ушкодження, що призвело до:	
	а) утворення лігатурних свищів	3
	б) лімфостазу, тромбофлебиту, порушення трофіки	5
	в) остеомієліту, в тому числі гематогенного остеомієліту	10
	Примітки:	
	<i>1. Стаття 107 застосовується у тому випадку, коли ці ускладнення встановлені не раніше як через 6 місяців від дня травми (за винятком ушкодження великих периферичних судин і нервів). При гематогенному остеомієліті страхова виплата проводиться після пред'явлення довідки ф.№195.</i>	
	<i>2. Гнійні запалення пальців стоп не дають підстав для проведення страхової виплати.</i>	

108.	Травматичний шок, опіковий, геморагічний, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою.		5
	Примітки:		
	<i>Страхова виплата за статтею 108 проводиться додатково до виплат, проведених у зв'язку з травмою.</i>		
109.	Випадкове гостре отруєння, асфіксія (ядуха), кліщовий енцефаліт (енцефаломієліт), ураження електрострумом (атмосферною електрикою), укуси змій, отруйних комах, правець, ботулізм (при відсутності даних про ураження внаслідок вказаних подій конкретних органів) при стаціонарному лікуванні:		
	а) 3-10 днів		5
	б) 11 -20 днів		7
	в) 21 і більше днів		10
	Примітки:		
<i>Якщо внаслідок страхових подій, вказаних у ст. 109, виникнуть ушкодження (захворювання) будь-яких органів, додатково проводиться страхова виплата за відповідними статтями Таблиці з урахуванням встановлених в них строків.</i>			
Відмороження			
110.	Загальне охолодження організму (шок):		
	а) на повітрі		5
	б) на воді		10
111.	Відмороження:		
	а) I ступеня площею понад 2 кв. см		1
	б) II ступеня площею понад 2 кв. см		3
	в) III ступеня		7
	г) IV ступеня		10
	Примітки:		
<i>У випадку, якщо внаслідок відмороження здійснюється ампутація (відторгнення) будь-якого ушкодженого органу, виплата страхового відшкодування окремо за ст.111 не здійснюється.</i>			

Ускладнення при III- IV ступені відмороження:	
- місцевого характеру:	
а) ранева інфекція (анаеробна, гнилісна, гнойна)	7
б) ішемія кінцівки (нітровоаскуліт, зміна тактильної чутливості)	10
- загального характеру:	
в) пневмонія	10
г) сепсис	20
д) емболія	10
е) гострий міоглобінурійний невроз	10

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

Термічні та хімічні опіки		
113.	Поверхові ушкодження (I, II, III, IIIA ступеня) до 12 % поверхні тіла	
	а) поверхові ушкодження I, II ступеня від 1% до 6 % поверхні тіла та III, III A ступеня до 1 % поверхні тіла	1
	б) поверхові ушкодження I, II ступеня від 6% до 12 % поверхні тіла та III, III A ступеня від 2 % до 6% поверхні тіла	3
	в) поверхові ушкодження III,III A ступеня від 6% до 12% поверхні тіла	5
114.	Глибокі ушкодження (IIIБ, IV ступеня) на площі до 6 % поверхні тіла	5
115.	Ушкодження площею від 13 % до 20 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) до 10 % поверхні тіла	10
116.	Ушкодження площею від 21 % до 59 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) до 40 % поверхні тіла	25
117.	Ушкодження площею від 60 % і більше поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) від 40 % поверхні тіла та більше	45
	*Примітка: страхова виплата по опіковій хворобі наведена у ст. 60	
118.	Страховий випадок, що стався з застрахованою особою в період чинності договору страхування, і не передбачений цією Таблицею, але при цьому вимагалось стаціонарне і (або) амбулаторне безперервне лікування в цілому не менше ніж 7 днів. За кожний наступний день понад 7 днів - 0,1% за кожний день, але не більш ніж 5%	0,2
Примітка: отримання внаслідок травми рани до 2 кв. см та глибиною до підшкірної клітковини не дає підстав для здійснення страхової виплати.		

4.3. Таблиця Страхових Виплат, що здійснюються у зв'язку зі зниженням зору Застрахованої Особи через травму, отриману внаслідок Нещасного випадку (у відсотках від Страхової Суми):

Гострота зору		% від Страхової Суми
До травми	Після травми	%
1	0,9	3
	0,8	5
	0,7	7
	0,6	10
	0,5	12
	0,4	15
	0,3	20
	0,2	25
	0,1	30
	Нижче за 0,1	40
	0	50
0,9	0,8	3
	0,7	5
	0,6	7
	0,5	12
	0,4	15
	0,3	20
	0,2	25
	0,1	30
	Нижче за 0,1	40
	0	50
0,8	0,7	3
	0,6	5
	0,5	10
	0,4	15
	0,3	20
	0,2	25
	0,1	30
	Нижче за 0,1	40
	0	50
	0,7	0,6

Гострота зору		% від Страхової Суми	
До травми	Після травми	%	
0,6	0,5	5	
	0,4	7	
	0,3	10	
	0,2	12	
	0,1	15	
	Нижче за 0,1	20	
	0	25	
	0,5	0,4	5
		0,3	7
		0,2	10
0,1		12	
Нижче за 0,1		15	
0		20	
0,4		0,3	5
		0,2	7
		0,1	10
		Нижче за 0,1	15
	0	20	
	0,3	0,2	5
		0,1	7
		Нижче за 0,1	10
		0	20
		0,2	0,1
Нижче за 0,1			10
0			20
0,1		Нижче за 0,1	10
		0	20
Нижче за 0,1		0	20

	0,5	5
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	25
	Нижче за 0,1	30
	0	40

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 п. 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 п. 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, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;

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

5.4. Страхування 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 ця Програму не було введено в дію та включено до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у Договорі Страхування або відповідному Додатку до Договору Страхування.

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. У разі діагностування у Застрахованої Особи психічного та/або когнітивного розладу, захворювання, відхилення тощо; 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 п. 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 (п. 6.5 Правил);

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

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

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

9.1.5. Положення про індексацію для Програми страхування додаткових ризиків (Додаток 1-29) та Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-31 до Правил).

9.2. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цією Програмою. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду Страховика. Зміна набуватиме чинності з річниці дії цієї Програми. Страхувальник має право відмовитись від таких змін протягом 30 (тридцяти) календарних днів. Якщо Страхувальник відмовляється прийняти зміни, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці її дії шляхом письмового повідомлення Страхувальника.

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

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

1. Загальні умови

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

1.2. Однак, п. 8, п. 10 та п. 11 цього Положення набирають чинності після сплати першої суми збільшеної Страхової Премії, згідно з п. 5 цього Положення.

2. Сфера дії Положення

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

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

3. Індекс

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

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

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

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

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

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

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

5. Визначення суми Збільшеної Страхової Премії

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

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

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

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

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

6. Обмеження дії Положення

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

6.2. Одноразова Страхова Премія не підлягає індексації.

7. Право відмови від індексації

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

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

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

8. Спеціальний Фонд Індexсації

8.1. Створення Спеціального Фонду Індexсації:

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

Фонд формується за рахунок таких показників:

- Різниці, як визначено нижче;
 - сум, отриманих від інвестування коштів цього Фонду;
 - витрат та податків, пов'язаних із управлінням цим Фондом;
- та його розмір визначається шляхом збільшення та/або зменшення зазначених вище показників.

а) Різниця:

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

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

б) Інвестування коштів Фонду:

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

Страховик адмініструє Фонд на власний розсуд відповідно до своєї інвестиційної стратегії. Розмір Фонду збільшуватиметься один раз на рік на

суму інвестиційного доходу, отриманого Страховиком від розміщення коштів Фонду в складі страхових резервів, відповідно до процедури, яка зазначена в п. 20.1 Правил страхування;

в) Витрати на адміністрування Фонду:

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

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

г) Виплата коштів Фонду:

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

У разі дострокового припинення дії Договору Страхування, в тому числі дострокового припинення його дії через несплату належної Страхової Премії, Викупна Сума, розрахована математично на день припинення Договору Страхування, збільшується на розмір Викупної Суми Фонду, що розраховується згідно з відповідним положенням Додатку 2-16, 2-17 до цих Правил.

9. Дата Початку дії цього Положення

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

10. Припинення права на застосування Положення

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

10.1. Страхувальник відмовився від двох індексацій, а Страховик не надав дозвіл на відновлення такого права згідно з п.7.3 цього Положення;

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

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

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

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

11. Припинення дії Положення

Це Положення припиняється у таких випадках:

11.1. Припинення дії Договору Страхування;

11.2. У разі смерті Застрахованої Особи;

11.3. У день припинення дії Програми страхування основних ризиків, який зазначено у Договорі Страхування;

11.4. Якщо має місце дострокове припинення дії Програми страхування основних ризиків з ініціативи Страхувальника;

11.5. Якщо дія Програми страхування основних ризиків достроково припиняється через несплату належної Страхової Премії;

11.6. Якщо Програма страхування основних ризиків набуває статусу Сплаченого Договору Страхування, в такому разі розмір Збільшеної Страхової Суми, що підлягає виплаті у зв'язку зі смертю перераховується згідно з умовами набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування.

12. Прикінцеві положення

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

12.1.1. Одноразової Страхової Премії (п. 5.3 Правил);

12.1.2. Надання кредиту для сплати Страхових Премій (п. 6.5 Правил);

12.1.3. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (п. 6.6 Правил);

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

12.1.5. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-31).

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

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

1. Загальні умови

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

2. Сфера дії Положення

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

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

3. Індекс

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

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

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

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

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

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

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

5. Визначення суми Збільшеної Страхової Премії

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

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

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

6. Право відмови від індексації

6.1. Страхувальник має право відмовитися від збільшення суми Страхової Премії та Страхової Суми, направивши відповідну письмову заяву, тільки у річницю дії Договору Страхування та тільки стосовно всіх складових частин Договору Страхування.

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

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

7. Дата Початку дії цього Положення

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

8. Припинення права на застосування Положення

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

8.1.1. Страхувальник відмовився від двох індексацій, а Страховик не надав дозвіл на відновлення такого права згідно з п.6.3 цього Положення;

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

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

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

9. Припинення дії Положення

Це Положення припиняється у таких випадках:

9.3. У разі смерті Застрахованої Особи.

9.4. Припинення дії Договору Страхування;

9.5. Припинення дії всіх програм страхування додаткових ризиків, до яких застосовується це Положення;

9.6. Після десятої річниці дії Договору Страхування;

9.7. Якщо має місце дострокове припинення дії Програми страхування основних ризиків з ініціативи Страхувальника;

9.8. Якщо дія Програми страхування основних ризиків достроково припиняється через несплату належної Страхової Премії;

9.9. Якщо Програма страхування основних ризиків набуває статусу Сплаченого Договору Страхування, в такому разі розмір Збільшеної Страхової Суми, що підлягає виплаті у зв'язку зі смертю перераховується згідно з умовами набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування.

10. Прикінцеві положення

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

10.3.1. Одноразової Страхової Премії (п. 5.3 Правил);

10.3.2. Надання кредиту для сплати Страхових Премій (п. 6.5 Правил);

10.3.3. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (п. 6.6 Правил);

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

10.3.5. Права на Негарантований бонус (п. 20.1 Правил).

10.4. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-31 до Правил) не застосовується до цього Положення.

Додаток 1-31**Положення про порядок здійснення Страхових Виплат
(«Положення»)****1. Загальні умови**

1.1. Це Положення визначає строки та умови здійснення Страхової Виплати на випадок дожиття за Договором Страхування, складає невід'ємну частину Договору Страхування, до якого його включено, та застосовується до таких Договорів Страхування за письмовою заявою Застрахованої Особи та за погодженням Страхувальника, якщо це різні особи, що посвідчується відповідним Додатком до Договору Страхування (надалі – «Початок дії Положення»). Це Положення може бути застосовано виключно до Договорів Страхування, що передбачають здійснення Страхової Виплати на випадок дожиття Застрахованої Особи на строк або дожиття Застрахованої Особи до певного віку. Для застосування Положення до Договору Страхування за 30 (тридцять) днів до дати припинення дії такого Договору Страхування, Застрахована Особа має обрати один зі способів здійснення Страхових Виплат, як визначено у п. 6.1 – п. 6.5, згідно з яким визначатимуться розміри, строки та умови здійснення Ануїтетних виплат, що має бути погоджено зі Страхувальником та Страховиком.

2. Визначення

Для цілей цього Положення наведені нижче терміни матимуть такі значення:

2.1. **Одержувач** – фізична особа, яка має право на отримання Страхової Виплати за Договором Страхування та чие ім'я зазначено у відповідному Додатку до Договору Страхування. Вік Одержувача на момент Початку дії цього Положення для способів здійснення Страхових Випадків згідно з п. 6.3 – п. 6.5 цього Положення має бути не меншим за мінімальний вік, встановлений Страховиком для застосування цього Положення до Договору Страхування та наведений у заяві про застосування Положення до Договору Страхування.

2.2. **Річниця дії Положення** – дата кожного наступного року, що відповідає даті Початку дії Положення за умови, що Положення є чинним на таку дату. Кожна наступна Річниця дії Положення визначається аналогічно.

2.3. **Гарантований період виплат** - це період від дати набрання чинності Положенням, до дати, зазначеної у відповідному Додатку до Договору

Страховання, протягом якого Страховик здійснюватиме виплати згідно з підпунктом 6.4 цього Положення незалежно від того, чи живий Одержувач. Одержувач має право обрати один з варіантів тривалості Гарантованого періоду виплат:

- 10 років;
- 15 років;
- 20 років.

2.4. Задекларований дохід (задекларована ставка доходу) - дохід, затверджений та оголошений Страховиком, як дохід, що використовується для розрахунку Негарантованого бонусу. Розрахунок доходу базується на доходності від інвестування технічних (математичних) резервів зі страхування життя.

2.5. Виплата – грошова сума, що сплачується у разі настання Страхового Випадку, яким є дожиття Застрахованої Особи на строк або дожиття Застрахованої Особи до певного віку згідно з Правилами Страхування.

2.6. Ануїтетна Виплата - це сума ануїтету, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування, що виплачується згідно з умовами цього Положення. Усі послідовні Ануїтетні Виплати сплачуються рівними частинами один раз на місяць, якщо інше не передбачено у відповідному Додатку до Договору Страхування.

3. Помилкове зазначення віку та статі

Якщо вік та/або стать Одержувача та, щодо з п. 6.5 цього Положення, подружжя Одержувача зазначені у відомостях, наданих Страховику для застосування цього Положення, є такими, що не відповідають дійсності, то Страховик має право в односторонньому порядку змінити розмір наступних Ануїтетних Виплат відповідно до дійсного віку та статі Одержувача та/або подружжя Одержувача, та вимагати повернення неналежно сплачених йому коштів (якщо такі є) у повному обсязі або частково відповідно до умов Договору Страхування та чинного законодавства.

4. Умови здійснення Виплати

4.1. Умовою здійснення Виплати згідно з умовами цього Положення є дожиття Одержувача та, щодо п. 6.5 цього Положення у разі смерті Одержувача, подружжя Одержувача до кожного Місячного терміну дії Положення, визначеного у відповідному Додатку до Договору Страхування, якщо інше не передбачено умовами Договору Страхування.

4.2. Страховик встановлює мінімальний можливий розмір ануїтету, сплачуваного Страховиком згідно з п. 6.1 – п. 6.5 цього Положення. У разі, якщо розмір розрахованої Ануїтетної Виплати буде меншим, ніж мінімальний можливий розмір ануїтету, Положення не набере чинності, і у

цьому випадку Страхову Виплату за таким Договором Страхування буде здійснено однією грошовою сумою. Щодо п. 6.5 цього Положення мінімальний можливий розмір ануїтету також застосовується до виплати ануїтету подружжю Одержувача.

4.3. Ануїтетну Виплату має бути здійснено не пізніше 5 (п'яти) робочих днів після настання кожної належної дати Ануїтетної Виплати, визначеної відповідним Додатком до Договору Страхування. Датою здійснення Ануїтетної Виплати вважається дата перерахування такої Виплати Страховиком.

5. Підтвердження дожиття або настання смерті

5.1. Одержувач або подружжя Одержувача, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з умовами п. 6.5 цього Положення, зобов'язаний надавати Страховику підтвердження свого дожиття до кожної Річниці дії Положення без жодних повідомлень з боку Страховика щодо необхідності надання такого підтвердження.

5.2. Страховик має право вимагати одержання такого підтвердження дожиття з меншими інтервалами часу шляхом надсилання письмового запиту Одержувачу або подружжю Одержувача, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з умовами п. 6.5 цього Положення. Одержувач або подружжя Одержувача, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з умовами п. 6.5 цього Положення, зобов'язаний надати таке підтвердження Страховику на його першу вимогу.

5.3. Підтвердження дожиття має бути оформлене як декларація на підтвердження продовження права Одержувача або подружжя Одержувача, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з умовами п. 6.5 цього Положення, одержати таку Виплату згідно з умовами цього Положення. Таку декларацію має бути підписано Одержувачем або подружжям Одержувача, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з умовами п. 6.5 цього Положення, за присутності нотаріуса або представника Страховика, що наділений відповідними повноваженнями.

5.4. Якщо Страховик не отримає підтвердження дожиття Одержувача або подружжя Одержувача, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з умовами п. 6.5 цього Положення, протягом 60 (шістдесяти) календарних днів після річниці дії Положення, Страховик має право призупинити будь-які Виплати згідно з умовами цього Положення до отримання належним чином оформленого підтвердження дожиття.

5.5. Для цілей страхування згідно з умовами цього Положення підтвердженням смерті є подання Страховику нотаріально засвідченої копії свідоцтва про смерть.

5.6. В разі здійснення Виплати після смерті Одержувача або подружжя Одержувача, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з умовами п. 6.5 цього Положення, в зв'язку з тим, що Страховик не був повідомлений про смерть Одержувача або подружжя Одержувача в порядку, визначеному п. 5.5 цього Положення, Страховик має право вимагати повернення такої Виплати відповідно до умов цього Положення та чинного законодавства.

6. Способи здійснення Страхових Виплат

Одержувач має право обрати один зі способів здійснення Страхових Виплат, наведених у п. 6.1 – п. 6.5 цього Положення. Вибір способу, порядку здійснення та розміру Страхових Виплат є остаточним і не підлягає зміненню після Початку дії цього Положення:

6.1. Спосіб I – Ануїтет на строк, сплачуваний обумовленими рівними частинами. Ануїтетні Виплати здійснюються рівними частинами не частіше одного разу на місяць, як визначено у відповідному Додатку до Договору Страхування згідно з письмовою заявою Одержувача протягом терміну, зазначеного у відповідному Додатку до Договору Страхування.

Якщо суму Виплати неможливо розділити нарівно відповідно до суми обумовлених у відповідному Додатку до Договору Страхування частин, то сума останньої Ануїтетної Виплати збільшиться на суму, розраховану за формулою, затвердженою уповноваженим органом, та її буде сплачено згідно з умовами цього Положення.

У разі смерті Одержувача до дати припинення дії цього Положення, зазначеної у відповідному Додатку до Договору Страхування, особа, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з відповідним законодавством, отримає одноразову виплату у розмірі поточної вартості несплачених майбутніх Ануїтетних Виплат, розрахованої на дату смерті Одержувача з урахуванням гарантованої ставки інвестиційного доходу та збільшеної на суму Негарантованого бонусу, як визначено п. 7 цього Положення, розрахованого на дату смерті Одержувача.

У разі, якщо згідно з відповідним законодавством більше, ніж одна особа матиме право на отримання Виплати після смерті Одержувача, суму такої Виплати буде розділено на рівні частини, і кожна з таких осіб отримає відповідну частину Виплати.

6.2. Спосіб II – Ануїтет на строк, сплачуваний протягом обумовленого терміну. Ануїтетні Виплати здійснюються не частіше одного разу на місяць протягом терміну, визначеного у відповідному Додатку до Договору Страхування за письмовою заявою Одержувача та у сумі, зазначеній у відповідному Додатку до Договору Страхування.

У разі смерті Одержувача до дати припинення дії цього Положення, зазначеної у відповідному Додатку до Договору Страхування, особа, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з відповідним законодавством, отримає одноразову виплату у розмірі поточної вартості несплачених майбутніх Ануїтетних Виплат, розрахованої на дату смерті Одержувача з урахуванням гарантованої ставки інвестиційного доходу та збільшеної на суму Негарантованого бонусу, як визначено п. 7 цього Положення, розрахованого на дату смерті Одержувача.

У разі, якщо згідно з відповідним законодавством більше, ніж одна особа матиме право на отримання Виплати після смерті Одержувача, суму такої Виплати буде розділено на рівні частини, і кожна з таких осіб отримає відповідну частину Виплати.

6.3. Спосіб III – Довічний ануїтет. Ануїтетні Виплати здійснюються Одержувачу не частіше одного разу на місяць, поки він залишається живим, що має бути підтверджено згідно з п. 5.1 – п. 5.3 цього Положення, у розмірі та у порядку, як передбачено відповідним Додатком до Договору Страхування. У випадку смерті Одержувача здійснення будь-яких виплат Страховиком припиняється, і Положення припиняє свою дію.

6.4. Спосіб IV – Довічний ануїтет, гарантований на певний строк (із Гарантованим періодом виплат). Ануїтетні Виплати здійснюються Одержувачу не частіше одного разу на місяць, поки він залишається живим, що має бути підтверджено згідно з п. 5.1 – п. 5.3 цього Положення. Однак, якщо Одержувач помирає до закінчення Гарантованого періоду виплат, визначеного у відповідному Додатку до Договору Страхування, особа, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача згідно з відповідним законодавством, отримає одноразову виплату у розмірі поточної вартості несплачених до дати закінчення Гарантованого періоду виплат майбутніх Ануїтетних Виплат, розрахованої на дату смерті Одержувача з урахуванням гарантованої ставки інвестиційного доходу та збільшеної на суму Негарантованого бонусу, розрахованого на дату смерті Одержувача, як визначено п. 7 цього Положення.

У разі, якщо згідно з відповідним законодавством більше, ніж одна особа матиме право на отримання Виплати після смерті Одержувача, суму такої Виплати буде розділено на рівні частини, і кожна з таких осіб отримає відповідну частину Виплати.

6.5. Спосіб V – Довічний ануїтет, який може бути переданий подружжю Одержувача у розмірі 60% від суми Довічного ануїтету. Ануїтетні Виплати здійснюються Одержувачу не частіше одного разу на місяць, поки він залишається живим, що має бути підтверджено згідно з п. 5.1 – п. 5.3 цього Положення. Після смерті Одержувача 60% від суми довічного ануїтету сплачуватиметься подружжю Одержувача, чие ім'я зазначено у Заяві на застосування Положення до Договору Страхування та у відповідному Додатку до Договору Страхування, поки він/вона

залишається живою, що має бути підтверджено згідно з п. 5.1 – п. 5.3 цього Положення.

У разі, якщо смерть подружжя Одержувача настала раніше, ніж смерть Одержувача, то після смерті Одержувача Ануїтетні Виплати не здійснюватимуться і Положення припинить свою дію.

В разі здійснення Ануїтетних Виплат після смерті Одержувача в розмірі 100% у зв'язку з тим, що Страховик не був повідомлений про смерть Одержувача в порядку, визначеному п. 5.5 цього Положення, Страховик має право в односторонньому порядку зменшити розмір Ануїтетних Виплат або вимагати їх повернення в повному обсязі або частково відповідно до умов Договору та чинного законодавства на розсуд Страховика.

Обов'язковою умовою для застосування цього способу здійснення Страхової Виплати до Договору Страхування є те, що максимальна різниця у віці Одержувача та подружжя Одержувача на момент Початку дії Положення має відповідати вимогам, встановленим Страховиком та наведеним у Заяві про застосування Положення до Договору Страхування.

7. Право на Негарантований бонус

Протягом всього строку дії Положення Одержувач (або, щодо п. 6.5 цього Положення та після смерті Одержувача, подружжя Одержувача) має право на Негарантований бонус, отриманий Страховиком від інвестування сум відповідного математичного резерву (далі – «Негарантований бонус»).

Негарантований бонус розраховується як різниця між задекларованим доходом Страховика та величиною інвестиційного доходу, визначеного згідно з відповідним Додатком до Договору Страхування. Доля участі Одержувача (або, щодо п. 6.5 цього Положення та після смерті Одержувача, подружжя Одержувача) в частині різниці між задекларованим доходом Страховика та величиною інвестиційного доходу встановлена на рівні не менше 85%. Негарантований бонус розраховується в кінці кожного року, за умови, що Положення діяло протягом року, та базується на середній величині відповідного математичного резерву в цьому році.

Однак, якщо ставка доходу від інвестицій суми математичного резерву є меншою від величини інвестиційного доходу, тоді Негарантований бонус розраховуватися не буде.

Одержувач (або, щодо п. 6.5 цього Положення та після смерті Одержувача, подружжя Одержувача) має право отримати Негарантований бонус однією грошовою сумою. Негарантований бонус сплачується разом із сумою Ануїтетної Виплати, дата сплати якої є наступною за датою оголошення результатів фінансової діяльності Страховика за попередній календарний рік, але не пізніше, ніж до кінця року, наступного за роком, за який відбувається нарахування Негарантованого бонусу.

Виплата Негарантованого бонусу здійснюється згідно з умовами цього Положення, при цьому Страховик має право утримувати податки та збори, передбачені чинним законодавством України.

8. Початок і припинення дії Положення

8.1. Початок дії Положення – 00 год. 01 хв. за київським часом дати, зазначеної у відповідному Додатку до Договору Страхування як дата Початку дії Положення.

8.2. Дія цього Положення припиняється і, відповідно, зобов'язання Страховика зі здійснення Страхової Виплати вважаються виконаними у повному обсязі:

а) щодо п. 6.1 і п. 6.2 цього Положення – у більш ранню з двох дат:

- з дати припинення дії цього Положення, як визначено у відповідному Додатку до Договору Страхування; або
- у разі смерті Одержувача до дати припинення дії цього Положення, як визначено у відповідному Додатку до Договору Страхування, - з дати здійснення одноразової виплати особі, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача;

б) щодо п. 6.3 цього Положення - з дати смерті Одержувача;

в) щодо п. 6.4 цього Положення:

- з дати смерті Одержувача, якщо вона настала після закінчення Гарантованого періоду виплат, зазначеного у відповідному Додатку до Договору Страхування; або
- з дати здійснення одноразової виплати особі, що має право на отримання Виплати після смерті Одержувача, якщо смерть Одержувача настала до закінчення Гарантованого періоду виплат, зазначеного у відповідному Додатку до Договору Страхування;

г) щодо п. 6.5 цього Положення - у більш пізню з двох дат:

- з дати смерті Одержувача; або
- з дати смерті подружжя Одержувача.

9. Прикінцеві положення

9.1. Після початку дії цього Положення щодо Договору Страхування виключно наведені нижче положення Правил залишаються чинними:

- Загальних положень (стаття 1 Правил);
 - Предмету Договору Страхування (стаття 2 Правил);
 - Строку та місці дії Договору Страхування (стаття 8 Правил);
 - Порядку і умов здійснення Страхових Виплат (стаття 16 Правил);
 - Порядку вирішення спорів (стаття 19 Правил);
 - Інших спеціальних умов (п. 20.2 Правил);
 - Термінів, що використовуються у Правилах.
-

9.2. У разі, якщо Застрахована Особа за Договором Страхування не обрала жодного зі способів здійснення Страхових Виплат, наведених у п. 6.1 – п. 6.5 цього Положення, або наданої Застрахованою Особою інформації недостатньо для застосування обраного способу здійснення Страхових Виплат, то Страхову Виплату за таким Договором Страхування буде здійснено однією грошовою сумою.

9.3. Якщо Заяву на застосування Положення до Договору Страхування у формі, визначеній Страховиком, буде подано Застрахованою Особою за Договором Страхування пізніше, ніж за 30 (тридцять) днів до дати закінчення дії Договору Страхування, Страховик залишає за собою право вирішити одноосібно, чи застосовувати Положення до такого Договору Страхування, чи здійснити Страхову Виплату однією грошовою сумою.

9.4. Якщо Застрахована Особа помирає або достроково припиняє дію Договору Страхування до дати закінчення дії Договору Страхування, зазначеної у Страховому Полісі або відповідному Додатку до Договору Страхування, але після дати випуску Додатку до Договору Страхування на посвідчення введення в дію цього Положення, Страхову Виплату за таким Договором Страхування буде здійснено однією грошовою сумою.

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

9.6. У випадку, якщо Додаток до Договору Страхування та Заява про спосіб здійснення Страхових Виплат конкретизує, уточнює або доповнює положення Правил, цього Положення, пріоритетну силу мають умови Додатку до Договору Страхування та Заяви про спосіб здійснення Страхових Виплат.
