

ПрАТ «Аліко Україна»

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Перший Заступник Голови Правління
Приватного акціонерного товариства
«Аліко Україна»



_____ А.С. Пікула

Заступник Генерального Директора
Приватного акціонерного товариства
«Аліко Україна»

_____ Д.В.Крисанов

« 04 » жовтня 2012 року

**ЗМІНИ ТА ДОПОВНЕННЯ №3 ДО
ПРАВИЛ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ**

зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг
України 25.01.2008р. за реєстраційним номером 0180083

м. Київ, жовтень 2012 року

ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ ПрАТ «АЛІКО УКРАЇНА»

Нова редакція, зареєстрована Держфінпослуг 27.12.2012р. за №0112083, зі змінами та доповненнями, які набули чинності з 01.03.2013 року.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Правил добровільного страхування життя Приватне акціонерне товариство «Аліко Україна» (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 між Страховиком та Страхувальником при укладанні та виконанні Договору Страхування, якщо в Договорі Страхування не зазначено інше.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

3. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК ТА СТРАХОВИЙ РИЗИК

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

3.1.1. Дожиття Застрахованої Особи на строк;

3.1.2. Дожиття Застрахованої Особи до певного віку;

3.1.3. Смерть Застрахованої Особи;

3.1.4. Смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку;

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

3.1.6. Смерть\ Каліцтво\ Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку;

3.1.7. Постійна непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку;

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

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

- 3.1.10. Небезпечне захворювання Застрахованої Особи або хірургічне втручання в зв'язку з небезпечним захворюванням Застрахованої Особи;
- 3.1.11. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку або хвороби, який призвів до хірургічного втручання;
- 3.1.12. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку або хвороби, який призвів до госпіталізації;
- 3.1.13. Тимчасова непрацездатність в період одужання після госпіталізації, зазначеної в п. 3.1.12 Правил;
- 3.1.14. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку, який призвів до хірургічного втручання;
- 3.1.15. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку, який призвів до госпіталізації;
- 3.1.16. Тимчасова непрацездатність в період одужання після госпіталізації, зазначеної в п.3.1.15 Правил;
- 3.1.17. Діагностування критичного захворювання Застрахованої Особи;
- 3.1.18. Постійна непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок хвороби або Нещасного випадку;
- 3.1.19. Смерть Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку на транспорті;
- 3.1.20. Смерть\ Каліцтво\ Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку на транспорті;
- 3.1.21. Постійна непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку на транспорті;
- 3.1.22. Рак жіночого органу Застрахованої Особи;
- 3.1.23. Розлад здоров'я Застрахованої Особи в зв'язку з раком жіночого органу, який призвів до госпіталізації;
- 3.1.24. Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи;
- 3.1.25. Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку;
- 3.1.26. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку або хвороби, який призвів до транспортування Застрахованої Особи автомобілем «швидкої допомоги» до лікарні з метою госпіталізації, зазначеної в п.3.1.12 Правил;
- 3.1.27. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку, який призвів до транспортування Застрахованої Особи автомобілем «швидкої допомоги» до лікарні з метою госпіталізації, зазначеної в п.3.1.15 Правил;
- 3.1.28. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку, спричинений переломом та/або опіком.

3.2. 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.

3.3. Конкретний перелік Страхових Випадків визначається у Договорі Страхування згідно з умовами програм страхування, включених до Договору Страхування, наведених у Додатку 1 до цих Правил.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Згідно з Договором Страхування будь-яка подія не визнається Страховим Випадком, і Страхова Виплата не здійснюється, якщо такий випадок був прямо або опосередковано спричинений:

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 або злякисними новоутвореннями, якщо на момент смерті Застрахована Особа мала Синдром Набутого Імунодефіциту:

4.1.2.1. В контексті цієї статті термін «Синдром Набутого Імунодефіциту» вживається в значенні, що відповідає визначенню Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я. Копія такого визначення зберігається у головному офісі Страховика;

4.1.2.2. Опортуністична інфекція включає, не обмежуючись цим, пневмоциститну пневмонію, збудників хронічного ентериту, вірусу та/ або дисеміновану грибкову інфекцію;

4.1.2.3. Злякисні новоутворення включають, не обмежуючись цим, саркому Капоші, лімфому центральної нервової системи, лейкозний ретикулоендотеліоз та/ або інші злякисні новоутворення, які відомі або можуть стати відомі в майбутньому як такі, що є безпосередньою причиною смерті людини, її непрацездатності та розладу здоров'я, що призвів до хірургічного втручання та/ або госпіталізації за наявності у неї набутого імунодефіциту;

4.1.2.4. «Синдром Набутого Імунодефіциту» включає ВІЛ-асоційовану енцефалопатію (слабоумство) та ВІЛ-асоційоване виснаження.

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 вище наведеними речовинами; або

4.1.4. Скоєнням чи спробою скоєння злочину Застрахованою Особою; або

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

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

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

4.1.8. Іншими подіями, які визначені як виключення за згодою Сторін.

4.2. Якщо це передбачено Договором Страхування, у випадку смерті Застрахованої Особи внаслідок причин, описаних в пунктах 4.1.1 – 4.1.8 Правил, Вигодонабувачу або правонаступнику (спадкоємцю) Застрахованої Особи (якщо Вигодонабувачі не зазначені в Договорі Страхування або жоден з Вигодонабувачів не залишається живим на день смерті Застрахованої Особи), можуть бути виплачені такі суми:

- Викупна Сума;
- Сума розрахованого Негарантованого бонусу;
- Сума Спеціального Фонду Індиксації, як передбачено в Додатку 1 – 16 до цих Правил;

за вирахуванням сум, що підлягають сплаті Страховику.

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.

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 або відновлення надання страхових послуг за Договором Страхування згідно з умовами розділу 6 Правил, 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 договору між Страховиком та Страхувальником;

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

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

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

5. СТРАХОВА ПРЕМІЯ, СТРАХОВИЙ ТАРИФ

5.1. Розмір Страхової Премії визначається згідно зі страховими тарифами, які наведені 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; в такому випадку вживається термін «Одноразова Страхова Премія».

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

5.5. Будь-яка наступна річна Страхова Премія належить до сплати в день кожної річниці набрання чинності Договором Страхування або кожного обумовленого дня згідно з погодженим графіком, наведеним у Договорі Страхування. Якщо це зазначено в Договорі Страхування, Страхова Премія може сплачуватись частіше, ніж один раз на рік рівними попередньо узгодженими частинами. В такому випадку Страхова Премія буде збільшена Страховиком на додаткове навантаження, як зазначено у Заяві.

5.6. Підтвердження сплати Страхової Премії:

5.6.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, видана працівником пошти,

оформлена та засвідчена належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу;

5.6.2. Якщо Страхова Премія сплачується через установу банку, то підтвердженням такої сплати є квитанція, документ на переказ готівки, платіжне доручення або інший платіжний документ, виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що засвідчує відповідну операцію.

Якщо Страхова Премія сплачується в порядку, передбаченому в пункті 5.6.1. Правил або пункті 5.6.2. Правил, 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 річної 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 вільно конвертованій валюті або розрахункових величинах, що визначають фактичний розмір зобов'язань Страховика на дату виникнення або виконання цих зобов'язань. Страхові Премії, Викупні Суми та Страхові Виплати за такими Договорами Страхування сплачуються виключно у грошовій одиниці України.

6. УМОВИ ПРИЗУПИНЕННЯ СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ

6.1. Страхувальнику надається пільговий період у 30 (тридцять) календарних днів (надалі – «**Пільговий Період**») від дати настання терміну платежу чергової Страхової Премії.

6.2. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, та не можуть бути застосовані умови пункту 6.5 Правил щодо автоматичного надання кредиту, та Договір Страхування не має Викупної Суми, достатньої для набуття договором статусу Сплаченого Договору Страхування, а також не мало місце дострокове припинення дії Договору Страхування, не було виплачено Викупну Суму, то Страхувальнику додатково надається пільговий період на строк 2 (двох) років з дати, наступної за датою закінчення Пільгового Періоду (надалі – «**Дворічний період**»). Протягом Дворічного періоду Страховик не надає страхові послуги за Договором Страхування, а події, що стались протягом Дворічного періоду, у жодному разі Страховиком не розглядаються і не визнаються Страховими випадками, також Страховик не несе зобов'язань та не формує резерви протягом Дворічного періоду. Дворічний період встановлюється лише з метою надання Страхувальнику можливості поновлення надання страхових послуг на особливих умовах, наведених нижче у підпунктах 1), 2), 3) та 4) цього пункту. На період припинення надання страхових послуг Страхувальник звільняється від зобов'язання сплачувати Страхові Премії, це стає лише його правом. Для

поновлення надання страхових послуг за Договором Страхування необхідне виконання протягом Дворічного періоду всіх наведених нижче умов:

- 1) Подання Страхувальником письмової заяви на поновлення надання страхових послуг;
- 2) Задоволення вимог Страховика щодо можливості страхування;
- 3) Сплата всіх несплачених за Пільговий період та період припинення надання страхових послуг 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 надання страхових послуг за Договором Страхування. Разом з поновленням надання страхових послуг виникає зобов'язання Страхувальника щодо сплати Страхових Премій;
- 4) Повернення будь-якого кредиту разом із відсотками за користування ним, як передбачено в пунктах 6.3 та 20.4 цих Правил.

6.3. Якщо протягом Дворічного періоду не відбулось поновлення надання страхових послуг, 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, про який Страховик інформує Страхувальника як про день поновлення надання страхових послуг;
- 2) О 24 годині 00 хвилин за Київським часом останнього дня другого року з дати, наступної за датою закінчення Пільгового Періоду.

6.5. Автоматичне надання кредиту для сплати Страхових Премій.

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

- (а) Договір Страхування діє та страхові послуги надаються більше, ніж 3 роки; і
- (б) сума кредиту разом із будь-якими іншими платежами, належними до сплати Страховику, не перевищує Викупної Суми, згідно з умовами Договору Страхування.

Кредит для сплати будь-якої суми несплачених річних Страхових Премій надається в межах або в розмірі Викупної Суми, яка розраховується на підставі кількості повних років страхування, починаючи з дати набрання чинності Договором Страхування;

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

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

6.6. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування:

6.6.1. Якщо Договір Страхування діє більш, ніж 3 роки (не враховуючи Дворічний період), і Страхувальник не виявив бажання припинити дію Договору Страхування, а також не застосовується положення про автоматичне надання кредиту для сплати Страхових Премій, то Договір Страхування автоматично стане Сплаченим Договором 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, які належать 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. При 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;

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 її розмір не може бути меншим

мінімальної суми, встановленої Страховиком на день укладання Договору Страхування.

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

7.3. Страхова Сума не встановлюється по окремому Страховому Випадку, у разі настання якого здійснюються регулярні, послідовні Страхові Виплати у вигляді ануїтету.

7.4. 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.

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

7.6. Страхова Сума може включати суму інвестиційного доходу, передбаченого законодавством України та цими Правилами, як зазначено у Страховому Полісі або у Договорі Страхування. Крім цього Страхова Сума збільшується на суму Негарантованого бонусу, якщо такий є, та інші суми (бонуси), якщо це передбачено відповідною програмою страхування та законодавством України.

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

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

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

8.2.2. відповідність Застрахованої Особи вимогам Страховика щодо можливості страхування;

8.2.3. проходження Застрахованою Особою медичного огляду на вимогу Страховика;

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

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

8.3.1. підписання Заяви останньою зі сторін;

або

8.3.2. проходження медичного огляду згідно з вимогами Страховика.

8.4. Строк дії Договору Страхування припиняється о 24 годині 00 хвилин за Київським часом дня, визначеного в Страховому Полісі як дата закінчення його дії.

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

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Договір Страхування укладається шляхом обміну листами або документами, підписаними Стороною, яка їх надсилає, або в будь-який інший спосіб, не заборонений чинним законодавством України. Укладення Договору Страхування відбувається таким чином:

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

В момент подання Заяви Заявник зобов'язаний надати інформацію Страховикові про всі обставини, 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 про такі обставини, Страховик має право достроково припинити дію Договору Страхування з дати, 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 про такі обставини, 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 видає Страховий Поліс після того, як він отримає і затвердить Заяву на укладання Договору Страхування, написану і підписану заявленою Застрахованою Особою та Страхувальником, якщо це різні особи, разом із документами, які можуть вимагатися Страховиком для з'ясування можливості страхування, і, зокрема, стану здоров'я заявленої Застрахованої Особи. Страховий Поліс видається Страхувальнику, що є підтвердженням факту відповідності Застрахованої Особи вимогам Страховика щодо можливості страхування;

4) Договір Страхування вважається укладеним з дати видачі Страхового Поліса та набирає чинності за умови, що стан здоров'я Застрахованої Особи не змінився з моменту підписання письмової Заяви на укладання такого Договору Страхування та задоволені вимоги щодо можливості страхування згідно з умовами Страховика, а також за умови, що Страхову Премію сплачено згідно з підпунктом 4) пункту 10.3.

9.2. Невід'ємними частинами Договору Страхування є такі документи, які оформлюються в письмовій формі:

- 1) Заява Страхувальника на укладання Договору Страхування;
- 2) Копія цих Правил;
- 3) Страховий Поліс;
- 4) Опис відповідних Програм Страхування;
- 5) Додаткові угоди та/або додатки до чинного Договору Страхування у випадку змін та доповнень до Правил Страхування та/або умов Програм та Договору Страхування;
- 6) Медичні довідки та інші медичні документи щодо стану здоров'я Застрахованої Особи та Страхувальника;
- 7) Інші додаткові документи стосовно Застрахованої Особи та Страхувальника, надані на вимогу Страховика.

9.3. Договір Страхування третіх осіб укладається за згодою цих третіх осіб (у випадку страхування неповнолітніх – за згодою їх батьків або опікунів, піклувальників). У випадку страхування групи осіб до Договору Страхування додається список Застрахованих Осіб, який є невід'ємною частиною Договору.

9.4. У випадку втрати або невіправного пошкодження Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування Страхувальником, Страховик видає засвідчену копію Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування згідно з відповідною письмовою заявою Страхувальника. Страхувальник оплачує вартість виготовлення засвідченої копії Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування в розмірі, встановленому Страховиком.

10. ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

10.1. Обов'язки Страховика:

- 1) Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;
 - 2) Протягом 2 (двох) робочих днів, після отримання письмового підтвердження настання Страхового Випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення Страхової Виплати Застрахованій Особі або Вигодонабувачу;
 - 3) При настанні Страхового Випадку здійснити Страхову Виплату у передбачений Договором Страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення Страхових Виплат шляхом сплати Застрахованій Особі або Вигодонабувачу неустойки (штрафу, пені) у розмірі, який дорівнює сумі нарахованих за період затримки у здійсненні
-

Страхової Виплати відсотків на Страхову Виплату, які розраховуються на підставі річної ставки інвестиційного доходу, але не більше відповідної ставки інвестиційного доходу, встановленої Законом України «Про страхування»;

- 4) Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

10.2. Права Страховика:

- 1) Робити запити до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про причини та обставини Страхового Випадку, а також самостійно з'ясувати причини та обставини Страхового Випадку;
- 2) При укладанні Договору Страхування вимагати результати медичного огляду Застрахованої Особи та інші документи, необхідні для оцінки страхового ризику;
- 3) Відстрочити Страхову Виплату, якщо за фактом Страхового Випадку порушено кримінальну справу, до закінчення дізнання та досудового слідства постановою про закриття справи або винесення вироку судом; а також, якщо у Страховика є підстави для проведення самостійного розслідування Страхового Випадку, до закінчення такого розслідування Страховиком, але на строк не довший 6 (шести) місяців;
- 4) У випадку зміни Страхового Ризику Страховик має право переглянути та внести зміни до умов Договору Страхування.

10.3. Обов'язки Страхувальника:

- 1) При укладенні 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 припинення дії Договору Страхування або відмови у виплаті будь-якої Страхової Суми або зменшення Страхової Суми, на розсуд Страховика. Однак, якщо Договір Страхування діяв та страхові послуги надавались протягом 3 років поспіль з дати введення в дію або з дати відновлення Страховик може не оспорювати дійсність Договору Страхування;
 - 2) При укладенні Договору Страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета договору;
 - 3) Дотримуватися умов Договору Страхування;
 - 4) Своєчасно та в повному обсязі вносити Страхові Премії згідно з Договором Страхування;
 - 5) Письмово інформувати Страховика про зміни місця проживання, місця роботи, фактичного роду занять, діяльності, пов'язаної з роботою або регулярним відпочинком (заняття фізичною культурою і спортом, включаючи діяльність у професіональному спорті, самодіяльний масовий спорт, хобі, тощо) та реквізити банківського рахунку Застрахованої Особи
-

- та Страхувальника протягом 30 (тридцяти) календарних днів після таких змін;
- 6) Письмово повідомити Страховика про настання Страхового Випадку, протягом 10 (десяти) календарних днів з дня його настання і надавати Страховику в строк, встановлений в Договорі Страхування, всю необхідну інформацію та документи, докази, необхідні Страховику для перевірки законності заяви про здійснення Страхової Виплати, встановлення факту, причин та обставин настання Страхового Випадку та визначення розміру належної Страхової Виплати. Страховик має право відмовити у здійсненні Страхових Виплат у випадку ненадання Страхувальником, Застрахованою Особою або Вигодонабувачем документів, доказів та інформації, необхідних для визначення характеру Страхового Випадку, в строки, встановлені в Договорі Страхування, або подання неправдивих відомостей. Всі документи, що подаються Страховику повинні бути оформлені належним чином;
 - 7) Інші обов'язки Страхувальника, передбачені Договором Страхування.

10.4. Права Страхувальника:

За згодою Застрахованої Особи призначати Вигодонабувачів для отримання Страхових Виплат у разі смерті Застрахованої Особи, а також замінювати 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:

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) За письмовою вимогою, в разі його втрати отримати дублікат Поліса згідно з умовами Правил;
- 4) Одержати будь-які роз'яснення щодо умов укладеного Договору Страхування.

10.7. Обов'язки Застрахованої Особи:

- 1) При настанні нещасного випадку негайно звернутися за медико-санітарною допомогою до медичного закладу (лікарні, травмпункту) та/або інших
-

- компетентних органів (відповідно до характеру події: до ДАІ, до служби швидкої медичної допомоги, органів пожежної охорони, аварійної служби газу тощо);
- 2) Надавати на запити Страховика інформацію та документи, що мають значення для вирішення питання про Страхову Виплату;
 - 3) При укладенні 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. Порухення 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;
 - 4) Дотримуватися умов Договору Страхування;
 - 5) 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 професіональному спорті, самодіяльний масовий спорт, хобі, тощо) та реквізити банківського рахунку Застрахованої Особи та Страхувальника до або в 30-денний термін після таких змін;
 - 6) Письмово повідомити Страховика про настання Страхового Випадку, протягом 10 (десяти) календарних днів з дня його настання і надавати Страховику в строк, встановлений в Договорі Страхування, всю необхідну інформацію та документи, докази, необхідні Страховику для перевірки законності заяви про здійснення Страхової Виплати, встановлення факту, причин та обставин настання Страхового Випадку та визначення розміру належної Страхової Виплати. Страховик має право відмовити у здійсненні Страхових Виплат у випадку ненадання Страхувальником, Застрахованою Особою або Вигодонабувачем документів 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 засвідчені належним чином.

11. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

11.1. Будь-які зміни до умов Договору Страхування здійснюються за письмовою заявою Страхувальника, після отримання згоди Застрахованої Особи та погодження із Страховиком, а також сплати Страхувальником всіх витрат, пов'язаних із такими змінами.

11.2. Зміни до умов Договору Страхування оформлюються відповідним Додатком, який додається до Договору Страхування як його невід'ємна частина та підписується (засвідчується) уповноваженим представником Страховика.

11.3. Внесення змін і доповнень до Договору Страхування здійснюється за взаємною згодою Сторін. Розгляд питання про внесення змін і доповнень до Договору Страхування здійснюється на письмову вимогу будь-якої із Сторін протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати відповідної письмової заяви, якщо інше не передбачено у Договорі Страхування.

12. ПЕРЕДАЧА ПРАВ СТРАХУВАЛЬНИКА-ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ/ ВИГОДОНАБУВАЧА

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. Страховик не несе відповідальності за правомірність будь-якої передачі прав та обов'язків за Договором Страхування.

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 переходять до його правонаступника.

14. ДОСТРОКОВЕ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ З ІНІЦІАТИВИ СТРАХУВАЛЬНИКА

Договір Страхування, що діяв та страхові послуги за яким надавались безперервно повні три роки, може бути достроково припиненим з ініціативи Страхувальника на підставі письмової заяви, складеної за формою встановленою Страховиком та одержаної Головним офісом Страховика разом зі Страховим Полісом та усіма Додатками до Договору Страхування, з дати одержання такої заяви Головним офісом Страховика.

Викупна сума розраховується відповідно до умов, наведених у таблиці, що є додатком до Страхового Поліса. Викупна Сума зменшується на будь-які суми коштів, належні Страховику за Договором Страхування та/або Кредитним

Договором, в тому числі належні Страхові Премії, витрати пов'язані з достроковим припиненням дії Договору Страхування, відсотки, штрафи, пені тощо.

Страховик має право відкласти виплату Викупної Суми, а також будь-якого нарахованого Негарантованого бонусу, на свій власний розсуд, на будь-який строк, який не перевищує 6 (шість) місяців з дати отримання Страховиком зазначеної вище письмової заяви Страхувальника.

15. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

15.1. У разі настання Страхового Випадку Страхувальник, Застрахована Особа, Вигодонабувач або інші особи, що мають право на отримання Страхової Виплати, подають Страховику такі документи, на підставі яких Страховик ухвалить рішення про здійснення Страхової Виплати:

- 1) Письмову заяву Страхувальника, Застрахованої Особи, Вигодонабувача або інших осіб, які мають право на отримання Страхових Виплат згідно з Договором Страхування;
 - 2) У випадку смерті Застрахованої Особи - Страховий Поліс або відповідний Додаток до Договору Страхування, або Договір Страхування;
 - 3) У випадку смерті - оригінали або нотаріально засвідчені копії свідоцтва про смерть, свідоцтва про народження або рішення суду про оголошення особи померлою, що набрало законної сили, довідка компетентних органів про причину смерті;
 - 4) У разі нещасного випадку – оригінал акту про нещасний випадок або документ від компетентних органів, який підтверджує факт настання нещасного випадку (довідки з міліції), довідка медико-соціальної експертної комісії про встановлення групи інвалідності (зміну групи інвалідності); довідка компетентних органів про причину встановлення інвалідності; матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті та ін.;
 - 5) У разі хвороби – оригінал медичної довідки медичного закладу про амбулаторне чи стаціонарне лікування Застрахованої Особи із зазначенням терміну лікування, діагнозу захворювання та загальними висновками лікаря тощо;
 - 6) Для інших ніж Вигодонабувач осіб, які мають право на отримання Страхових Виплат - оригінал або нотаріально засвідчену копію свідоцтва про спадщину;
 - 7) Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру та документ, який посвідчує особу одержувача;
-

- 8) Інші документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та його наслідки, на запит Страховика, враховуючи особливості конкретного страхового випадку .

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

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

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

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

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

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

16.2. У разі застосування способів Страхових Виплат, передбачених підпунктами 1)- 5) 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

Страховання, в яких буде зазначатись розмір такого ануїтету, а також відповідно до таблиці смертності для форм Страхових Виплат, передбачених в п.п. 3), 4), та 5) п. 16.1 цих Правил.

16.3. Застрахованій Особі, Страхувальнику, Вигодонабувачеві або особі, яка має право на отримання Страхової Виплати, також надається право на отримання Негарантованого бонусу, відповідно до цих Правил, від інвестування резервів, які залишилися, та у разі застосування способів Страхових Виплат, передбачених підпунктами 1)-5) п. 16.1 Правил, - згідно з відповідними положеннями Додатку 1-25 до Правил.

16.4. Після здійснення першої Страхової Виплати форму її здійснення не може бути змінено.

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

16.6. Якщо розрахована сума щомісячних виплат згідно з підпунктами 1)-5) п.16.1 Правил є меншою за мінімум, визначений Страховиком на той момент, то здійснювати виплати у способи, визначені такими підпунктами, не дозволяється.

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

16.8. Грошові зобов'язання сторін, 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 цих зобов'язань, якщо це не суперечить чинному законодавству України.

16.9. Якщо вік та/або стать Застрахованої Особи, вказані у відомостях, наданих Страховику для укладання Договору Страховання, є такими, що не відповідають дійсності, то Страхова Сума згідно з Договором Страховання 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.

16.10. У випадку недотримання Страхувальником умов пункту 5) статті 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.

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

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, Вигодонабувачеві або іншій особі, яка подала заяву про здійснення Страхової Виплати, в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) днів з дати ухвалення рішення про відмову у здійсненні Страхової Виплати; при цьому також застосовуються положення п. 16.7 Правил страхування.

17.3. Відмову Страховика у здійсненні Страхової Виплати може бути оскаржено Вигодонабувачем у судовому порядку протягом 3 (трьох) років з дати відмови.

18. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

- 1) Закінчення строку дії Договору Страхування;
- 2) Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 3) Несплати Страхувальником Страхових Платежів протягом Пільгового Періоду та Дворічного періоду, при цьому Договір Страхування вважається достроково припиненим;
- 4) Порушення Страхувальником інших своїх зобов'язань, покладених на нього Договором Страхування;
- 5) Дострокового припинення за вимогою однієї із Сторін, направленою не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до запланованої дати припинення;
- 6) Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 7) Прийняття судового рішення про визнання Договору Страхування недійсним;
- 8) Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених відповідними положеннями законодавства;
- 9) В інших випадках, передбачених цими Правилами та законодавством України.

18.2. У разі дострокового припинення дії Договору Страхування Страховик виплачує Страхувальнику Викупну суму, яка є майновим правом Страхувальника за Договором Страхування. Викупна сума - це сума, яка виплачується Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору Страхування за виключенням будь-яких сум, належних до сплати Страховику, та розраховується математично на день припинення Договору Страхування залежно від періоду, протягом якого діяв Договір Страхування, згідно з методикою, яка проходить експертизу в Уповноваженому органі, здійснена актуарієм і є невід'ємною частиною Правил.

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. Першою сумою математичного резерву для інвестування є сума, яка утворюється на кінець року після першої річниці дії Договору Страхування. Страхувальник має право отримати 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. Негарантований бонус, який може утворюватися на кінець попереднього року, зменшується на суму Негарантованого бонусу, отриману Страхувальником за рік, і також інвестується, а відповідний доход визначається в порядку, описаному вище, і збільшується на величину інвестиційного доходу. Однак, якщо ставка доходу від інвестицій суми математичного резерву є меншою від величини інвестиційного доходу, тоді Негарантований бонус розраховуватися не буде. Також, Негарантований бонус, який може утворюватися на кінець попереднього фінансового року, буде зараховуватися на рівні не менше ніж 85% від ставки доходу. 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 пункту 14 Правил або Договір Страхування стає повністю Сплаченим згідно з умовами пункту 6.6 Правил або припиняє свою дію згідно з умовами пункту 6.5 Правил, тоді Страхувальник також має право на отримання Негарантованого бонусу, який розраховується станом на дату дострокового
-

припинення дії Договору Страхування або на дату набуття Договором Страхування статусу повністю Сплаченого;

- 4) В 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 Вигодонабувачеві. Разом з тим, Договір Страхування передбачає право на отримання Негарантованого бонусу за період між останньою датою нарахування Негарантованого бонусу та датою закінчення дії Страхового Поліса або смерті. Право на отримання Негарантованого бонусу припиняється, коли Договір Страхування стає повністю Сплаченим.

20.2. Інші спеціальні умови

За взаємною згодою, Сторони мають право припинити, повністю або частково, виконання своїх обов'язків 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 Договору 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, сплачуються відповідно до вимог чинного законодавства України. Страховик має право утримати такі податки та збори згідно з чинним законодавством України.

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

20.4.1. За письмовою заявою Страхувальника Страховик може надати кредит, за умови що Договір Страхування діє та страхові послуги надаються більш ніж 3 роки, та зберігає чинність, а також за умови обов'язкової передачі прав за Договором Страхування на користь Страховика;

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

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

20.4.3. Відсоткова ставка за користування кредитом періодично визначається Страховиком та в разі зміни 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;

20.4.4. У випадку несплати відсотків в зазначений вище строк Сторони погоджуються, що відсотки, не сплачені в належний строк, будуть капіталізовані за тією ж 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, або за іншими Договорами Страхування, за домовленістю із Страховиком;

20.4.6. Будь-яка сума, належна до сплати Страхувальником Страховику за договором може бути повернута, 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 конкретизує, уточнює або доповнює положення цих Правил, Програми, пріоритетну силу мають умови Страхового Поліса.

ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ПРАВИЛАХ

Страхування

Вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних та юридичних осіб, у разі настання певних подій (Страхових Випадків), визначених Договором Страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними та юридичними особами страхових платежів

	(Страхових Премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів.
Страховання життя	Вид особистого страхування, який передбачає обов'язок Страховика здійснити Страхову Виплату згідно з Договором Страхування у разі смерті Застрахованої Особи, а також, якщо це передбачено Договором Страхування, у разі дожиття Застрахованої Особи до закінчення строку дії Договору Страхування та (або) досягнення Застрахованою Особою визначеного Договором Страхування віку. Умови Договору Страхування життя можуть також передбачати обов'язок Страховика здійснити Страхову Виплату у разі нещасного випадку, що стався із Застрахованою Особою, та (або) хвороби Застрахованої Особи. У разі, якщо при настанні Страхового Випадку передбачено регулярні послідовні довічні Страхові Виплати, обов'язковим є передбачення у Договорі Страхування ризику смерті Застрахованої Особи протягом періоду між початком дії Договору Страхування та першою Страховою Виплатою з числа довічних виплат ануїтету. В інших випадках передбачення ризику смерті Застрахованої особи є обов'язковим протягом всього строку дії Договору Страхування життя.
Страховик	Приватне акціонерне товариство «Аліко Україна», яке укладає зі Страхувальниками Договори Страхування життя, створене згідно з Законом України «Про господарські товариства», Законом України «Про страхування» та іншим законодавством України, і має ліцензію на право здійснення діяльності зі страхування життя.
Страхувальник	Юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договори Страхування та зобов'язана сплачувати Страхові Премії у встановлені строки, та виконувати інші умови Договору Страхування.
Сторона	Страховик та Страхувальник відповідно до визначення цих термінів вище.
Застрахована Особа	Особа, про страхування життя або життя та здоров'я якої укладений Договір Страхування, та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором Страхування.
Вигодонабувач	Фізична особа або особи та/ або юридична особа (особи), які мають право отримати Страхову Виплату згідно з умовами Договору Страхування.

Вигодонабувач у випадку 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

Всі випадкові, зовнішні, насильницькі, раптові, не спричинені Застрахованою Особою навмисно та непов'язані з іншими подіями події, що сталися протягом строку дії Договору Страхування та спричинили таке тяжке тілесне ушкодження або таку травму Застрахованій Особі, в результаті яких вона є тимчасово або постійно, повністю чи частково непрацездатна, убита чи потребує госпіталізації.

Нещасний випадок на транспорті

Не спричинена Застрахованою Особою навмисно раптова подія на автодорожньому, рейковому, морському, річковому або авіаційному транспорті, що сталась під час перевезення Застрахованої Особи наземним моторним транспортним засобом, громадським муніципальним електротранспортом (у якості пасажера або водія), на потязі, човні або на регулярних пасажирських авіалініях незалежно від того чи під час руху, чи не у русі, включаючи посадку та висадку, зліт та приземлення, в процесі якої смерть або тілесне ушкодження Застрахованої Особи сталися в прямому зв'язку з використанням цього транспорту. При цьому такий транспортний засіб має бути зареєстрований та офіційно допущений до пасажирських перевезень згідно з законодавством.

Нещасним випадком на транспорті також є тілесні ушкодження або смерть Застрахованої Особи внаслідок удару транспортним засобом.

Нещасний випадок на транспорті не вважається випадком, що стався в прямому зв'язку з використанням цього транспорту, і відповідно не вважається страховим випадком, якщо такий випадок спричинений внаслідок терористичного акту, навмисними діями, спрямованими на настання нещасного випадку, природного лиха, використання транспортного засобу в спортивних цілях, інші ускладнення просування, причина яких не стосується транспорту.

Страхова Сума

Грошова сума, яка передбачена умовами Договору Страхування для кожної Програми Страхування, в межах

Страхова Виплата	якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату Вигодонабувачу при настанні Страхового Випадку. 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)	Плата за страхування, узгоджена обома Сторонами для кожної Програми Страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором Страхування.
Страховий Тариф	Ставка страхового внеску з одиниці Страхової Суми за визначений період страхування.
Договір Страхування	Письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання Страхового Випадку здійснити належну Страхову Виплату Застрахованій Особі або Вигодонабувачу, а Страхувальник зобов'язується сплачувати Страхові Премії у визначені строки та виконувати інші умови Договору Страхування.
Заява на укладання Договору добровільного страхування життя	Невід'ємна частина Договору Страхування, в якій Страхувальник та/або Застрахована Особа заявляє про свій намір укласти Договір Страхування.
Страховий Поліс	Невід'ємна частина Договору Страхування, яка посвідчує факт укладання Договору Страхування.
Викупна Сума	Грошова сума, яка виплачується Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору Страхування життя та розраховується математично на день припинення Договору Страхування залежно від періоду, протягом якого діяв такий Договір 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.

Термін платежу	Дата, визначена в Договорі Страхування для сплати Страхових Премій.
Попередня оплата	Сплата першої Страхової Премії після підписання Заяви на Страхування, яка вважатиметься Страховою Премією лише після того, як буде виписаний Страховий Поліс.
Дата набрання чинності	Дата, 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.

Додаток 1 до Правил добровільного страхування життя**ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ****1. Програми страхування основних ризиків:**

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

2. Програми страхування додаткових ризиків

- 2.1. Страхування на випадок смерті на строк із виплатою додаткової Страхової Суми;
 - 2.2. Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку;
 - 2.3. Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку з виплатою додаткової Страхової Суми у випадку сирітства;
 - 2.4. Страхування на випадок смерті/ каліцтва/ постійної та повної непрацездатності внаслідок нещасного випадку;
 - 2.5. Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку;
 - 2.6. Страхування на випадок смерті або постійної та повної непрацездатності Страхувальника (звільнення від сплати Страхових Премій);
 - 2.7. Страхування на випадок постійної та повної непрацездатності Страхувальника (звільнення Страхувальника від сплати Страхових Премій на час непрацездатності);
 - 2.8. Страхування на випадок небезпечного захворювання;
 - 2.9. Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку або через хворобу;
 - 2.10. Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку;
 - 2.11. Страхування на випадок критичного захворювання;
 - 2.12. Страхування на випадок діагностування раку жіночого органу та госпіталізації в зв'язку з раком жіночого органу;
 - 2.13. Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку з прогресивною виплатою;
 - 2.14. Страхування на випадок переломів та/або опіків внаслідок Нещасного випадку.
3. Положення про індексацію для Програм страхування основних ризиків;
 4. Положення про індексацію для Програм страхування додаткових ризиків;
 5. Програма добровільного страхування життя позичальника;
 6. Програма добровільного страхування життя «Життя Плюс»;
 7. Програма добровільного страхування життя «Рівень життя»;
 8. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат.
-

Додаток 1-1**Програма страхування основних ризиків****Страхування на випадок смерті або дожиття («Програма»)**

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

1. Страхувими Випадками, що включаються до Програми, є:
 - 1.1. Дожиття Застрахованої Особи на строк або дожиття Застрахованої Особи до певного віку;
 - 1.2. Смерть Застрахованої Особи.
 2. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми згідно з Договором Страхування, укладеним на умовах цієї Програми, таким чином:
 - 2.1. Застрахованій Особі, якщо вона жива на дату, зазначену у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми, та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування) буде наданий Страховику;
 - 2.2. Вигодонабувачеві, якщо Застрахована Особа померла до дати, зазначеної у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми, та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування), а також всі необхідні документи, що підтверджують смерть Застрахованої Особи, будуть подані Страховику відповідно до Правил Страхування.
 3. Договір Страхування може укладатися на строк, узгоджений Сторонами у Договорі Страхування.
 4. Всі прямо не зазначені в тексті Програми умови визначаються відповідно до умов Правил добровільного страхування життя.
 5. Після сплати першої Страхової Премії за цією Програмою Страхувальнику надається Пільговий Період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу будь-якої чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дня, призначеного для її сплати. 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 буде вираховано зі Страхової Виплати.
-

6. 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.

7. Підтвердження сплати Страхової Премії

7.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, оформлена та засвідчена належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу.

7.2. Якщо Страхова Премія сплачується на рахунок Страховика через установу банку, то підтвердженням такої сплати є платіжний документ, виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що підтверджує відповідну операцію.

7.3. Датою сплати Страхової Премії вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

Додаток 1-2

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

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

1. Основними Страховими Випадками, що включаються до Програми, є:
 - 1.1. Дожиття Застрахованої Особи до віку 100 років;
 - 1.2. Смерть Застрахованої Особи.
 2. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми, визначеної у Договорі Страхування, таким чином:
 - 2.1. Застрахованій Особі, якщо вона є живою на дату, зазначену у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми (у віці 100 років), та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування) буде наданий Страховику; або
 - 2.2. Вигодонабувачеві, якщо Застрахована Особа померла до дати, зазначеної у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми, та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування), а також всі необхідні документи, що підтверджують смерть Застрахованої Особи, будуть подані Страховику відповідно до Правил Страхування.
 3. Положення про індексацію для Програм страхування основних ризиків (Додаток 1-16) не застосовується до цієї Програми.
 4. Договір Страхування укладається на строк до досягнення Застрахованою Особою 100 років із можливістю сплати Страхувальником регулярних Страхових Премій протягом строку, узгодженого Сторонами в Договорі Страхування.
 5. Всі прямо не зазначені в тексті Програми умови визначаються відповідно до умов Правил добровільного страхування життя.
 6. Після сплати першої Страхової Премії за цією Програмою Страхувальнику надається Пільговий Період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу будь-якої чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дня, призначеного для її сплати. 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 буде вираховано зі Страхової Виплати.

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.

8. Підтвердження сплати Страхової Премії

- 8.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, оформлена та засвідчена належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу.
 - 8.2. Якщо Страхова Премія сплачується на рахунок Страховика через установу банку, то підтвердженням такої сплати є платіжний документ, виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що підтверджує відповідну операцію.
 - 8.3. Датою сплати Страхової Премії вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.
-

Додаток 1-3**Програма страхування основних ризиків
Страхування на випадок смерті на певний строк або до певного віку
(«Програма»)**

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

1. Умови страхування:

1.1. Страхувими Випадками за Програмою є:

1.1.1. смерть Застрахованої Особи;

1.1.2. дожиття Застрахованої Особи на строк або дожиття Застрахованої Особи до певного віку»;

1.2. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми, визначеної у Страховому Полісі або у Договорі Страхування, таким чином:

- Вигодонабувачеві Страхову Суму у разі смерті Застрахованої Особи до дати, зазначеної у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми, та за умови, що відповідний Страховий Поліс або Договір Страхування, а також всі необхідні документи, що підтверджують смерть Застрахованої Особи, будуть надані Страховику відповідно до Правил Страхування; або

- Застрахованій Особі Страхову Суму, якщо вона є живою на дату, зазначену у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми, та за умови, що відповідний Страховий Поліс або Договір Страхування буде наданий Страховику. 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.

2. Заміна цієї Програми страхування

2.1. Умови будь-якого чинного Договору Страхування, який передбачає страхування згідно з цією Програмою, за згодою Страховика можуть бути змінені таким чином, щоб замінити цю Програму на іншу Програму страхування основних ризиків, яка пропонується Страховиком на момент такої заміни. Така заміна відбувається шляхом надання Страховику чинного Договору Страхування разом із відповідною письмовою заявою Страхувальника та Застрахованої Особи, за умови що на той момент Застрахована Особа не є постійно та повністю непрацездатною для виконання будь-якої роботи і Страхувальник не звільнявся від зобов'язання сплати регулярних Страхових Премій за чинним Договором Страхування.

2.2. Нова програма страхування основних ризиків вводиться в дію на ту ж саму (або меншу) Страхову Суму, що встановлена згідно з цією Програмою страхування на строк. Нова Страхова Сума не може бути меншою, ніж мінімум, встановлений Страховиком на момент заміни.

2.3. Заміна програми не вимагає підтвердження відповідності вимогам щодо можливості страхування на основі попередньої оцінки Страхового Ризику. Однак, Страховик зберігає за собою право вимагати від Застрахованої Особи підтвердження відповідності вимогам щодо можливості страхування.

2.4. Датою початку дії змін до Договору Страхування, внесених у зв'язку із переходом на нову Програму страхування, вважається дата конвертації Програми страхування, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування. Розмір Страхової Премії визначатиметься залежно від віку Застрахованої Особи на момент конвертації Програми Страховиком та чинних на той час страхових тарифів для такого виду страхування.

2.5. Якщо дата початку дії нової Програми страхування співпадає із датою початку дії первісної програми страхування, Страхова Премія визначається на підставі віку Застрахованої Особи на день укладення Договору Страхування, зазначеного в Страховому Полісі. В такому випадку Страхувальник буде зобов'язаний сплатити:

2.5.1. різницю між розміром Страхової Премії за новою Програмою страхування та розміром фактично сплаченої Страхової Премії за попередньою Програмою страхування, а також нараховані відсотки; або

2.5.2. різницю між математичними резервами за двома програмами страхування, залежно від того, яка сума буде більшою.

2.6. Змінений Договір Страхування буде включати страхування додаткових ризиків згідно з Програмою страхування, яка передбачає звільнення від сплати Страхових Премій, без додаткової перевірки задоволення вимог Страховика щодо можливості страхування, за умови що на момент внесення змін чинний Договір Страхування включає страхування додаткових ризиків згідно з Програмою страхування, яка передбачає звільнення від сплати Страхових Премій.

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

4. Прикінцеві положення

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

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

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

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

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

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

6. Після сплати першої Страхової Премії за цією Програмою Страхувальнику надається Пільговий Період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу будь-якої чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дня, призначеного для її сплати. 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 буде вираховано зі Страхової Виплати.

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

8. Підтвердження сплати Страхової Премії

8.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, оформлена та засвідчена належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу.

8.2. Якщо Страхова Премія сплачується на рахунок Страховика через установу банку, то підтвердженням такої сплати є платіжний документ, виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що підтверджує відповідну операцію.

8.3. Датою сплати Страхової Премії вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

Додаток 1-4

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

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

1. Предмет Програми

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

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

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

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

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

Зокрема, Страховик зобов'язується виплатити такі суми:

- 1) Застрахованій Особі – Страхову Суму, зазначену в Договорі Страхування як страхова сума на випадок дожиття Застрахованої Особи за вирахуванням будь-яких зборів та податків, передбачених чинним законодавством України, якщо вона є живою на дату, зазначену як дата закінчення дії цієї Програми, та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування) буде наданий Страховику, або
- 2) Вигодонабувачеві – Страхову Суму, зазначену в Договорі Страхування як страхова сума на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку, якщо Застрахована Особа померла внаслідок Нещасного Випадку протягом 365-денного періоду після дати нещасного випадку і до дати, зазначеної як дата закінчення дії цієї Програми, та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування), а також всі необхідні документи, що підтверджують смерть Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку, будуть подані Страховику відповідно до Правил страхування. Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку згідно з цією Програмою встановлюється в подвійному розмірі страхової суми на випадок дожиття Застрахованої Особи за вирахуванням будь-яких зборів та податків, передбачених чинним законодавством України; або
- 3) Вигодонабувачеві – Страхову Суму на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок причин інших ніж нещасний випадок, якщо Застрахована Особа померла внаслідок причин інших, ніж нещасний випадок, до дати, зазначеної як дата закінчення дії цієї Програми, та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування), а також всі необхідні документи, що підтверджують смерть Застрахованої Особи, будуть подані Страховику відповідно до Правил страхування. Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок причин інших, ніж нещасний випадок, встановлюється в розмірі Страхових Премій, сплачених за цією Програмою на момент смерті Застрахованої Особи та збільшених на величину інвестиційного доходу, розрахованого за ставкою, зазначеною в Договорі Страхування, за вирахуванням будь-яких зборів та податків, передбачених чинним законодавством України.

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

Зокрема, Страховик зобов'язується виплатити такі суми:

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

- Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування) буде наданий Страховику, або
- 2) Вигодонабувачеві – Страхову Суму, зазначену в Договорі Страхування як страхова сума на випадок смерті Страхувальника внаслідок нещасного випадку, якщо Страхувальник помер внаслідок нещасного випадку протягом 365-денного періоду після дати нещасного випадку і до дати, зазначеної як дата закінчення дії цієї Програми, та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування), а також всі необхідні документи, що підтверджують смерть Страхувальника, будуть подані Страховику відповідно до Правил страхування. Страхова Сума на випадок смерті Страхувальника внаслідок нещасного випадку встановлюється в подвійному розмірі Страхової Суми на випадок дожиття Застрахованої Особи за вирахуванням будь-яких зборів та податків, передбачених чинним законодавством України; або
 - 3) Вигодонабувачеві – Страхову Суму на випадок смерті Застрахованої Особи, якщо Застрахована Особа померла до дати, зазначеної як дата закінчення дії цієї Програми, та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування), а також всі необхідні документи, що підтверджують смерть Застрахованої Особи, будуть подані Страховику відповідно до Правил страхування. Страхова сума на випадок смерті Застрахованої Особи встановлюється у розмірі Страхових Премій, сплачених за цією Програмою на момент смерті Застрахованої Особи та збільшених на величину інвестиційного доходу, розрахованого за ставкою, зазначеною в Договорі Страхування, за вирахуванням будь-яких зборів та податків, передбачених чинним законодавством України.

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

В) Дія страхування на випадок смерті в результаті нещасного випадку припиняється не пізніше, ніж після досягнення особою, застрахованою за цією Програмою, 65-річного віку або раніше, якщо це передбачено в Договорі Страхування.

2. Визначення терміну «Нещасний Випадок»

«Нещасний випадок» означає ненавмисне тілесне ушкодження без впливу з боку особи, застрахованої за цією Програмою, яке є прямим наслідком (незалежно від будь-яких інших обставин) раптової і випадкової зовнішньої причини, жертвою якої є ця особа, протягом строку дії Договору Страхування.

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

3.1. Страхова Виплата, передбачена на випадок смерті Застрахованої Особи (Страхувальника) внаслідок нещасного випадку відповідно до статті 1 цієї Програми, здійснюється тільки за умови, що Страховий Випадок був прямим, незалежним від будь-яких інших чинників, наслідком тілесних ушкоджень, заподіяних зовнішнім, насильницьким та випадковим чином, про що, крім випадків втоплення або внутрішніх ушкоджень, виявлених розтином, існують докази у вигляді видимих синців або ран на поверхні тіла та іншими ознаками, що можуть бути об'єктивно виявлені;

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

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

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

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

3.3.3. Пересування на підводному човні будь-якого типу;

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

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

3.3.6. Тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене прямим вприскуванням, поглинанням чи вдиханням або потраплянням отруйних речовин до організму іншим шляхом, окрім випадкового отруєння чадним газом під час пожежі;

3.3.7. Нещасний випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажирів на такому транспортному засобі;

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

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

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

3.3.10. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передує Даті Початку дії або даті поновлення дії цієї Програми;

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

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

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

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

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

- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
 - каскадери;
 - циркові артисти (акробати, дресирувальники);
 - репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
 - військові репортери;
 - працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
 - солдати, що перебувають на службі в корпусі миру;
 - солдати строкової військової служби;
 - особовий склад збройних сил;
 - особисті охоронці;
 - службовці військово-повітряних сил – льотний склад;
 - аварійні служби у високогірних районах (з використанням вертольота, альпіністи);
 - професійні спортсмени;
 - водолази, працівники, чия діяльність пов'язана з підводним занурюванням.
-

3.4. У разі настання Страхового Випадку «Смерть» факт відсутності трупу чи неможливості його ідентифікації призводить до невизнання такого випадку Страховим Випадком, крім випадків, коли особа оголошена судом померлою.

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. Договір Страхування може укладатися на строк, узгоджений Сторонами у Договорі Страхування.

5. Припинення дії Програми

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

6. Пільговий Період та підтвердження сплати Страхової Премії

6.1. Після сплати першої Страхової Премії за цією Програмою Страхувальнику надається Пільговий Період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу будь-якої чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дня, призначеного для її сплати. 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 буде вираховано зі Страхової Виплати.

6.2. 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.

6.3. Підтвердження сплати Страхової Премії

6.3.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, оформлена та засвідчена належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу.

6.3.2. Якщо Страхова Премія сплачується на рахунок Страховика через установу банку, то підтвердженням такої сплати є платіжний документ, виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що підтверджує відповідну операцію.

6.3.3. Датою сплати Страхової Премії вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

Додаток 1-5

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

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

1. Основними Страховими Випадками, що включаються до Програми, є:
 - 1.1. Дожиття Застрахованої Особи на строк або дожиття Застрахованої Особи до певного віку;
 - 1.2. Смерть Застрахованої Особи.
 2. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми згідно з Договором Страхування таким чином:
 - 2.1. Застрахованій Особі, якщо вона жива на дату/дати, зазначену(і) в Договорі Страхування, та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс) буде наданий Страховику; або
 - 2.2. Вигодонабувачеві, якщо Застрахована Особа померла до дати, зазначеної як дата закінчення дії цієї Програми, та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс), а також всі необхідні документи, що підтверджують смерть Застрахованої Особи, будуть подані Страховику відповідно до Правил Страхування.
 3. Договір Страхування за цією Програмою може укладатися за такими умовами щодо строків страхування та особливостей здійснення виплат:
 - 3.1. Страхування на випадок смерті або дожиття на строк 15 років із здійсненням Страхових Виплат рівними частинами у разі дожиття Застрахованої Особи до 10-ої та 15-ої річниці дії Договору Страхування. За Договором Страхування встановлюються дві рівні страхові суми: Страхова Сума на випадок дожиття та Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи (тобто у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат не зменшується на суму вже здійснених Страхових Виплат та є фіксованою);
 - 3.2. Страхування на випадок смерті або дожиття на строк 15 років із здійсненням Страхових Виплат рівними частинами у разі дожиття Застрахованої Особи до 10-ої та 15-ої річниці дії Договору Страхування. При цьому у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат на випадок смерті дорівнює Страховій Сумі, зменшеній на суму вже здійснених Страхових Виплат;
-

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

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

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

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

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

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

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

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

3.11. Страхування на випадок смерті або дожиття на строк 20 років із здійсненням Страхових Виплат, розмір яких у відсотках від загальної валової річної Страхової Премії був визначений попередньо, у разі дожиття Застрахованої Особи до 5-ої, 10-ої, 15-ої та 20-ої річниці дії Договору Страхування.

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

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

6. Після сплати першої Страхової Премії за цією Програмою Страхувальнику надається Пільговий Період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу будь-якої чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дня, призначеного для її сплати. 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 буде вираховано зі Страхової Виплати.

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.

8. Підтвердження сплати Страхової Премії

8.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, оформлена та засвідчена

належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу.

- 8.2. Якщо Страхова Премія сплачується на рахунок Страховика через установу банку, то підтвердженням такої сплати є платіжний документ, виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що підтверджує відповідну операцію.
 - 8.3. Датою сплати Страхової Премії вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.
-

Додаток 1-6

Програма страхування додаткових ризиків**Страхування на випадок смерті на строк із виплатою додаткової Страхової Суми****(«Програма»)****1. Предмет страхування**

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

1.2. Згідно з цією Програмою здійснюється страхування додаткових ризиків Застрахованої Особи, прізвище, ім'я та по батькові якої вказуються в Страховому Полісі, на письмову вимогу Страхувальника, здійснену в момент подання Заяви на страхування або пізніше у відповідному Додатку до Договору Страхування протягом строку дії Договору Страхування.

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

1.4. Після сплати першої Страхової Премії за цією Програмою Страхувальнику надається Пільговий Період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу будь-якої чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дня, призначеного для її сплати. 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 буде вирахувано зі Страхової Виплати.

1.5. 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.

1.6. Підтвердження сплати Страхової Премії

1.6.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, оформлена та засвідчена належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу.

1.6.2. Якщо Страхова Премія сплачується на рахунок Страховика через установу банку, то підтвердженням такої сплати є платіжний документ, виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що підтверджує відповідну операцію.

1.6.3. Датою сплати Страхової Премії вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

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

1.8. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми, визначеної у Договорі Страхування, Вигодонабувачеві, якщо Застрахована Особа померла до дати, яка визначена як дата закінчення дії цієї Програми, та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс) та відповідні документи, що підтверджують смерть Застрахованої Особи, будуть надані Страховикові відповідно до умов Правил Страхування.

1.9. Будь-яка Страхова Виплата, належна до виплати відповідно до положень цієї Програми, буде здійснена незалежно від здійснення будь-яких інших Страхових Виплат, передбачених умовами Договору Страхування.

2. Початок дії Програми

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

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

4. Припинення дії Програми

4.1. Страхувальник має право припинити дію цієї Програми не пізніше ніж за 6 (шість) тижнів до настання терміну сплати будь-якої Страхової Премії, повідомивши про це Страховика у письмовій формі, за умови що Договір Страхування зберігає чинність. В такому випадку Страховик підтверджує факт припинення дії цієї Програми з ініціативи Страхувальника шляхом оформлення відповідного Додатку до Договору Страхування, при цьому може вимагатися повернення Страхового Поліса Страховику. Страхувальник зобов'язаний повернути Страховикові Страховий Поліс.

4.2. Додатково до статті 18 Правил дія цієї Програми припиняється в таких випадках:

- 4.2.1. Якщо будь-яка Страхова Премія за цією Програмою, Програмою страхування основних ризиків або Програмами страхування додаткових ризиків не сплачується після настання терміну її сплати або протягом Пільгового Періоду; або
- 4.2.2. Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу повністю Сплаченого Договору Страхування, як передбачено відповідною статтею Правил страхування, або дію Програми страхування основних ризиків було припинено на будь-яких підставах.
- 4.3. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії - це частина додаткової Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення дії Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.

5. Ця Програма як частина Договору Страхування

- 5.1. Крім того, до цієї Програми не застосовуються положення Правил добровільного страхування життя щодо:
- 5.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
 - 5.1.2. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);
 - 5.1.3. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
 - 5.1.4. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);
 - 5.1.5. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).
- 5.2. Положення про індексацію для Програми страхування додаткових ризиків (Додаток 1-17) та Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25) до цієї Програми не застосовуються.
-

Додаток 1-7

Програма страхування додаткових ризиків**Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку
(«Програма»)****1. Предмет страхування**

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

1.2. Згідно з цією Програмою здійснюється страхування додаткових ризиків Застрахованої Особи, прізвище, ім'я та по батькові якої вказуються в Страховому Полісі, на письмову вимогу Страхувальника, здійснену в момент подання Заяви на Страхування або пізніше у відповідному Додатку до Договору Страхування протягом строку дії Договору Страхування.

1.3. Страховим Випадком, що включається до цієї Програми, є смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку, що мав місце під час дії цієї Програми.

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

1.5. Після сплати першої Страхової Премії за цією Програмою Страхувальнику надається Пільговий Період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу будь-якої чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дня, призначеного для її сплати. 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 буде вираховано зі Страхової Виплати.

1.6. 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.

1.7. Підтвердження сплати Страхової Премії

1.7.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, оформлена та засвідчена

належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу.

1.7.2. Якщо Страхова Премія сплачується на рахунок Страховика через установу банку, то підтвердженням такої сплати є платіжний документ, виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що підтверджує відповідну операцію.

1.7.3. Датою сплати Страхової Премії вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

1.8. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми, визначеної у Договорі Страхування, Вигодонабувачеві у випадку смерті Застрахованої Особи до дати, яка визначена в Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми, внаслідок Нещасного Випадку, що мав місце під час дії цієї Програми, та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування) та відповідні документи, що підтверджують смерть Застрахованої Особи, будуть надані Страховикові відповідно до умов Правил Страхування.

1.9. Страхова Виплата за цією Програмою здійснюється тільки при виконанні таких умов:

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

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

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

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

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

2. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування

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

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

2.2.1. Професійна діяльність Застрахованої Особи, у тому числі за таким фахом:

- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
- каскадери;
- циркові артисти (акробати, дресирувальники);
- репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
- військові репортери;
- працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
- солдати, що перебувають на службі в корпусі миру;
- солдати строкової військової служби;
- особовий склад збройних сил;
- особисті охоронці;
- службовці військово-повітряних сил – льотний склад;
- аварійні служби у високогірних районах (з використанням вертольота, альпіністи);
- професійні спортсмени;
- водолази, працівники, чия діяльність пов'язана з підводним занурюванням;

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

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

- 2.2.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;
- 2.2.5. Тренування або пілотування або перебування в якості пасажера на планері або планері, який пілотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;
- 2.2.6. Безпосередня участь у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;
- 2.2.7. Тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене прямим вприскуванням, поглинанням чи вдиханням або потраплянням отруйних речовин до організму іншим шляхом, окрім випадкового отруєння чадним газом під час пожежі;
- 2.2.8. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;
- 2.2.9. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передує Даті Початку дії або даті поновлення дії цієї Програми;
- 2.2.10. Тілесні ушкодження, спричинені прямо чи опосередковано, повністю або частково будь-яким інфекційним бактеріальним зараженням, за винятком інфекційного зараження внаслідок порізу або поранення, що сталися випадково;
- 2.2.11. Проходження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;
- 2.2.12. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;
- 2.2.13. Нещасний Випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см. або її пересування як пасажера на такому транспортному засобі.
- 2.3. У разі настання Страхового Випадку «Смерть» факт відсутності трупу чи неможливості його ідентифікації призводить до невизнання такого випадку Страховим Випадком, крім випадків, коли цей факт визнаний юридичним фактом у судовому порядку.
- 2.4. Страхова Виплата буде здійснена, за умови що смерть Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку мала місце:
- під час дії цієї Програми;
-

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

3. Права Страховика у випадку смерті Застрахованої Особи

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

4. Початок дії Програми

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

5. Припинення дії Програми

5.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення. У випадку припинення дії Програми за вимогою будь-якої зі Сторін сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є) згідно з умовами п.5.3 цієї Програми.

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

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

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

5.2.3. Застраховану Особу визнано психічно хворою; або

- 5.2.4. Застрахована Особа вступила до військових наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
- 5.2.5. Застрахована Особа стала членом будь-яких допоміжних або цивільних невійськових підрозділів, що допомагають військовим наземним, морським чи повітряним силам будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
- 5.2.6. На момент початку дії Програми вік Застрахованої Особи є більшим ніж 60 (шістдесят) років; або
- 5.2.7. У чергову річницю дії цієї Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи, незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування; або
- 5.2.8. Після здійснення Страхової Виплати згідно з цією Програмою.
- 5.3. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії - це частина додаткової Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.

6. Ця Програма як частина Договору Страхування

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

- 6.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
- 6.1.2. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);
- 6.1.3. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
- 6.1.4. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);
- 6.1.5. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).

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

6.3. У випадку, якщо Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування конкретизує, уточнює або доповнює положення Правил, Програми, пріоритетну силу мають умови Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування.

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

Додаток 1-8

Програма страхування додаткових ризиків**Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку з виплатою додаткової Страхової Суми у випадку сирітства («Програма»)****1. Предмет страхування**

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

1.2. Згідно з цією Програмою здійснюється страхування додаткових ризиків Застрахованої Особи, прізвище, ім'я та по батькові якої вказуються в Страховому Полісі, на письмову вимогу Страхувальника, здійснену в момент подання Заяви на Страхування або пізніше у відповідному Додатку до Договору Страхування, протягом строку дії Договору Страхування.

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

1.4. Після сплати першої Страхової Премії за цією Програмою Страхувальнику надається Пільговий Період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу будь-якої чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дня, призначеного для її сплати. 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 буде вирахувано зі Страхової Виплати.

1.5. 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.

1.6. Підтвердження сплати Страхової Премії

1.6.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, оформлена та засвідчена належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу.

1.6.2. Якщо Страхова Премія сплачується на рахунок Страховика через установу банку, то підтвердженням такої сплати є платіжний документ, виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що підтверджує відповідну операцію.

1.6.3. Датою сплати Страхової Премії вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

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

1.7.1. смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку, що мав місце під час дії цієї Програми;

1.7.2. смерть Застрахованої Особи та її подружжя внаслідок одного Нещасного Випадку.

1.8. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми, визначеної у Договорі Страхування як страхова сума на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку, Вигодонабувачеві, якщо Застрахована Особа померла до дати, яка визначена в Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми, внаслідок Нещасного Випадку, що мав місце під час дії цієї Програми, та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування) та відповідні документи, що підтверджують смерть Застрахованої Особи, будуть надані Страховикові відповідно до умов Правил Страхування.

1.9. У випадку смерті Застрахованої Особи та його/ її подружжя внаслідок одного Нещасного Випадку Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми на випадок смерті Застрахованої Особи та його/ її подружжя внаслідок одного Нещасного Випадку. Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи та його/ її подружжя внаслідок одного Нещасного Випадку встановлюється в розмірі суми, яка дорівнює меншій з двох сум:

- Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку, визначена у Договорі Страхування;
- 270 000 (двісті сімдесят тисяч) грн.

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

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

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

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

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

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

2. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування

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

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

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

- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
 - каскадери;
 - циркові артисти (акробати, дресирувальники);
 - репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
 - військові репортери;
 - працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
 - солдати, що перебувають на службі в корпусі миру;
 - солдати строкової військової служби;
 - особовий склад збройних сил;
 - особисті охоронці;
 - службовці військово-повітряних сил – льотний склад;
 - аварійні служби у високогірних районах (із використанням вертольота, альпіністи);
-

- професійні спортсмени;
 - водолази, працівники, чия діяльність пов'язана з підводним занурюванням;
- 2.2.2. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким повітряним спортом, альпінізмом, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;
- 2.2.3. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажирів на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;
- 2.2.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;
- 2.2.5. Тренування або пілотування або перебування в якості пасажирів на планері або планері, який пілотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;
- 2.2.6. Безпосередня участь у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;
- 2.2.7. Тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене прямим вприскуванням, поглинанням чи вдиханням або потраплянням отруйних речовин до організму іншим шляхом, окрім випадкового отруєння чадним газом під час пожежі;
- 2.2.8. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;
- 2.2.9. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передує Даті Початку дії або даті поновлення дії цієї Програми;
- 2.2.10. Тілесні ушкодження, спричинені прямо чи опосередковано, повністю або частково будь-яким інфекційним бактеріальним зараженням, за винятком інфекційного зараження внаслідок порізу або поранення, що сталися випадково;
-

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

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

2.2.13. Нещасний випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см. або її пересування як пасажиром на такому транспортному засобі.

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

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

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

3. Права Страховика у випадку смерті Застрахованої Особи

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

4. Початок дії Програми

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

5. Припинення дії Програми

5.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення. У випадку припинення дії Програми за вимогою будь-якої зі Сторін сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються за винятком зобов'язання повернення

Страховальнику незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є) згідно з умовами п.5.3 цієї Програми.

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

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

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

5.2.3. Застраховану Особу визнано психічно хворою; або

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

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

5.2.6. на момент початку дії Програми вік Застрахованої Особи є більшим ніж 60 (шістдесят) років; або

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

5.2.8. Після здійснення Страхової Виплати згідно з цією Програмою.

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

6. Ця Програма як частина Договору Страхування

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

- 6.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
- 6.1.2. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);
- 6.1.3. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
- 6.1.4. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);
- 6.1.5. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).

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

6.3. У випадку, якщо Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування конкретизує, уточнює або доповнює положення Правил, Програми, пріоритетну силу мають умови Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування.

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

Додаток 1-9

Програма страхування додаткових ризиків**Страхування на випадок смерті/ каліцтва/****постійної та повної непрацездатності внаслідок нещасного випадку****(«Програма»)****1. Предмет страхування**

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

1.2. Згідно з цією Програмою здійснюється страхування додаткових ризиків Застрахованої Особи, прізвище, ім'я та по батькові якої вказуються в Страховому Полісі, на письмову вимогу Страхувальника, здійснену в момент подання Заяви на Страхування або пізніше у відповідному Додатку до Договору Страхування протягом строку дії Договору Страхування.

1.3. За цією Програмою можуть бути застраховані члени сім'ї Застрахованої Особи (дружина (чоловік) та/або діти або усиновлені діти, батьки), якщо це вказано у Договорі Страхування.

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

1.5. Після сплати першої Страхової Премії за цією Програмою Страхувальнику надається Пільговий Період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу будь-якої чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дня, призначеного для її сплати. 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 буде вираховано зі Страхової Виплати.

1.6. 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.

1.7. Підтвердження сплати Страхової Премії

1.7.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, оформлена та засвідчена належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу.

1.7.2. Якщо Страхова Премія сплачується на рахунок Страховика через установу банку, то підтвердженням такої сплати є платіжний документ, виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що підтверджує відповідну операцію.

1.7.3. Датою сплати Страхової Премії вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

1.8. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми, визначеної у Договорі Страхування, Вигодонабувачеві у разі смерті Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку, що мав місце під час дії цієї Програми, до дати, яка визначена в Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми, та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування) та відповідні документи, що підтверджують смерть Застрахованої Особи, будуть надані Страховикові відповідно до умов Правил Страхування.

1.9. У випадку Постійної Непрацездатності Застрахованої Особи в результаті Нещасного Випадку Страховик погоджується здійснити Страхову Виплату відповідно із цією Програмою на користь Застрахованої Особи.

1.10. Будь-які Страхові Виплати здійснюються відповідно до положень цієї Програми. Страхові Виплати здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат, належних до виплати відповідно до умов Договору Страхування.

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

2. Страховий Випадок та Страхові Виплати

Страховим Випадком за цією Програмою є Смерть, Каліцтво та/або Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку.

2.1. Смерть внаслідок Нещасного Випадку.

2.1.1. Якщо внаслідок Нещасного Випадку Застрахована Особа отримала тілесні ушкодження, що призвели до її смерті, Страховик зобов'язаний здійснити Страхову Виплату Вигодонабувачу за умови, що смерть настала протягом 365-ти днів після дати нещасного випадку, який викликав таку смерть;

- 2.1.2. Якщо Застрахована Особа була застрахована і на випадок смерті в результаті нещасного випадку, і на випадок Постійної та Повної непрацездатності в результаті нещасного випадку за одним і тим самим Договором Страхування, то настання такої непрацездатності та смерть Застрахованої Особи в результаті одного і того самого тілесного ушкодження розглядаються як настання одного страхового випадку, а саме: смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку;
- 2.1.3. Якщо Застрахована Особа отримала Страхову Виплату на випадок Непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку, і якщо після цього ті ж самі тілесні ушкодження зумовлять смерть Застрахованої Особи, то будь-які суми здійснених Страхових Виплат на випадок Непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку вираховуються із належної Страхової Виплати на випадок смерті внаслідок Нещасного Випадку, і Страховик виплатить тільки різницю.

2.2. Постійна та Повна Непрацездатність:

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

2.2.2. Однак, не зважаючи на п. 2.2.1 Програми, Страховик вважатиме постійною та повною непрацездатністю наведене нижче:

<i>Опис Повної та Постійної Непрацездатності</i>	<i>Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)</i>
Повна втрата зору на обидва ока	100%
Повна глухота на обидва вуха	100%
Повна втрата мови	100%
Видалення нижньої щелепи	100%
Повна втрата обох рук або обох кистей	100%

Повна втрата обох ніг або обох стоп	100%
Повна втрата однієї руки або однієї кисті та однієї ноги або однієї стопи	100%
Повне слабоумство	100%

2.2.3. Страховик вирахає із Страхової Виплати будь-які суми, які були сплачені раніше у зв'язку із тим самим видом непрацездатності внаслідок того самого нещасного випадку.

2.3. Каліцтво

2.3.1. Якщо внаслідок Нещасного Випадку, передбаченого згідно з цією Програмою, має місце Каліцтво, яке вказане у Таблиці Видів Втрат цієї Програми, тоді Страховик здійснює Застрахованій Особі Страхові Виплати, які дорівнюють частці від Страхової Суми згідно Таблиці Видів Втрат для конкретної травми, але за умови, що таке Каліцтво є прямим наслідком такої травми незалежно від будь-яких інших обставин та сталося протягом 365-ти днів після Нещасного Випадку, який зумовив таке Каліцтво;

ТАБЛИЦЯ ВИДІВ ВТРАТ

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

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

2.3.3. Якщо наслідки Нещасного Випадку погіршуються через відмову або недбалість Застрахованої Особи отримати необхідну медичну допомогу, то сума належних Страхових Виплат розраховується не згідно з реальними наслідками Нещасного Випадку, що стався із Застрахованою Особою, а згідно з наслідками, які б мала звичайна фізично здорова особа у зв'язку із таким Нещасним Випадком, якби вона отримала відповідне та раціональне медичне лікування, що має бути підтверджено лікарем-експертом. У разі попереднього погіршення фізичного стану здоров'я Застрахованої Особи тільки реальні та дійсні наслідки

вказаного Нещасного Випадку мають бути основою для визначення розміру Страхових Виплат;

- 2.3.4. Розмір Страхових Виплат, пов'язаних із видами каліцтва, які не вказані в наведеній в п.2.3.1 Програми Таблиці Видів Втрат, розраховується відповідно до їх серйозності в порівнянні з тими випадками, що вказані в Таблиці, і при цьому не береться до уваги професія чи місце роботи Застрахованої Особи;
- 2.3.5. Загальна сума Страхових Виплат, яка сплачується через настання декількох випадків каліцтва та Повної Непрацевдатності внаслідок одного або декількох Нещасних Випадків, розраховується шляхом додавання різних сум, але загальний розмір не повинен перевищувати загальну Страхову Суму, зазначену у Договорі Страхування;
- 2.3.6. Будь-які органи або частини тіла, що мають постійну аномалію або патологію, яка існувала до настання Нещасного Випадку, виключаються із Договору Страхування в частині такої аномалії або патології, що існувала до настання Нещасного Випадку, що має бути підтверджено лікарем-експертом.

3. Заява на здійснення Страхових Виплат

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

3.2. Страхові Виплати на випадок Непрацевдатності внаслідок Нещасного Випадку (Постійної та Повної Непрацевдатності) здійснюються після медичного визнання Страховиком цієї Непрацевдатності Постійною та Повною.

4. Зовнішній вплив на Застраховану Особу та її зникнення

4.1. Якщо через Нещасний Випадок згідно з цією Програмою Застрахована Особа неминуче піддається зовнішньому впливові, в результаті якого зазнає Непрацевдатності, що обумовлює необхідність здійснення Страхових Виплат згідно з цією Програмою, то дія цієї Програми також поширюється на таку Непрацевдатність.

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

5. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування

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

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

5.2.1. Професійна діяльність Застрахованої Особи за цією Програмою, в тому числі за таким фахом:

- шахтарі в забої;
- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
- каскадери;
- циркові артисти (акробати, дресирувальники);
- репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (що працюють у політично нестабільних зонах та зонах військових дій);
- військові репортери;
- працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
- особовий склад збройних сил;
- солдати, що перебувають на службі в корпусі миру;
- солдати строкової військової служби;
- особисті охоронці;
- службовці військово-повітряних сил – льотний склад;
- аварійно-рятувальні служби у високогірних районах (із використанням вертольотів, альпіністи);
- професійні спортсмени;
- водолази, працівники, чия діяльність пов'язана із підводним занурюванням;

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

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

5.2.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;

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

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

5.2.7. Тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене прямим вприскуванням, поглинанням чи вдиханням або потраплянням отруйних речовин до організму іншим шляхом, окрім випадкового отруєння чадним газом під час пожежі;

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

5.2.9. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передує Даті Початку дії або даті поновлення дії цієї Програми;

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

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

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

5.2.13. Нещасний випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажера на такому транспортному засобі;

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

5.2.15. Вакцинація та наслідки вакцинації.

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

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

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

6. Права Страховика у разі настання Страхового Випадку

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

7. Початок дії Програми

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

8. Припинення дії Програми

8.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення. У випадку припинення дії Програми за вимогою будь-якої зі Сторін сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є) згідно з умовами п.8.4 цієї Програми.

8.2. Дія цієї Програми припиняється та Страховик звільняється від своїх відповідних зобов'язань у випадку здійснення Страхової Виплати на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку.

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

8.3.1. Застраховану Особу визнано психічно хворою; або

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

8.3.3. Застрахована Особа стала членом будь-яких допоміжних або цивільних невійськових підрозділів, що допомагають військовим наземним, морським чи

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

8.3.4. на момент початку дії Програми Застрахованій Особі виповнилося 60 (шістдесят) років; або

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

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

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

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

9. Ця Програма як частина Договору Страхування

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

9.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил)

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

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

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

9.1.5. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).

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

9.3. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цією Програмою. Зміна

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

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

9.5. У випадку, якщо Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування конкретизує, уточнює або доповнює положення Правил, Програми, пріоритетну силу мають умови Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування.

Додаток 1-10

Програма страхування додаткових ризиків**Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку
(«Програма»)****1. Предмет страхування**

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

1.2. Згідно з цією Програмою здійснюється страхування додаткових ризиків Застрахованої Особи, прізвище, ім'я та по батькові якої вказуються в Страховому Полісі, на письмову вимогу Страхувальника, здійснену в момент подання Заяви на Страхування або пізніше у відповідному Додатку до Договору Страхування протягом строку дії Договору Страхування.

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

1.4. Після сплати першої Страхової Премії за цією Програмою Страхувальнику надається Пільговий Період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу будь-якої чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дня, призначеного для її сплати. 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 буде вираховано зі Страхової Виплати.

1.5. 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.

1.6. Підтвердження сплати Страхової Премії

1.6.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, оформлена та засвідчена належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу.

1.6.2. Якщо Страхова Премія сплачується на рахунок Страховика через установу банку, то підтвердженням такої сплати є платіжний документ, виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що підтверджує відповідну операцію.

1.6.3. Датою сплати Страхової Премії вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

1.7. У випадку Постійної Непрацевдатності Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку Страховик погоджується здійснити Страхову Виплату відповідно із цією Програмою на користь Застрахованої Особи.

1.8. Будь-які Страхові Виплати здійснюються відповідно до положень цієї Програми. Страхові Виплати здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат, що підлягають виплаті відповідно до умов Договору Страхування.

2. Страховий Випадок та Страхова Виплата

Страховим Випадком згідно з цією Програмою є Постійна Непрацевдатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку.

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

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

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

2.4. Якщо стан Застрахованої Особи погіршується через відмову або недбалість Застрахованої Особи отримати необхідну медичну допомогу, то сума належних Страхових Виплат розраховується не відповідно до реальних наслідків Нещасного Випадку, що стався із Застрахованою Особою, а відповідно до наслідків, які б мала звичайна фізично здорова особа в результаті такого Нещасного Випадку, якби вона отримала відповідне та раціональне медичне лікування. У разі попереднього погіршення фізичного стану здоров'я

Застрахованої Особи тільки реальні та дійсні наслідки вказаного Нещасного Випадку мають бути основою для визначення розміру Страхових Виплат.

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

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

2.7. До будь-яких органів або частин тіла, що мають постійну аномалію або патологію, яка існувала до настання Нещасного Випадку, не застосовуються положення Договору Страхування в частині їх раніше існуючої аномалії або патології.

2.8. Визначення виду втрати:

- Втрата кисті, руки, стопи або ноги означає втрату відповідної частини кінцівки або кінцівки через фізичне відчленування або повну та постійну втрату здатності використовувати зазначені частини кінцівки або кінцівки;
- Втрата ока означає повну та невідновну втрату зору; втратою зору вважається чіткість зору після корекції 3/60 або менше за шкалою Снеллера;
- Втрата слуху або мови означає повну та невідновну втрату слуху або мови.

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

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

3. Таблиця Видів Втрат

<i>Непрацездатність</i>	<i>Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)</i>
Постійна та Повна Непрацездатність:	
Повна втрата зору на обидва ока	100%
Повна втрата обох кистей або рук	100%
Повна глухота на обидва вуха травматичного походження	100%

Непрацездатність	Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)	
Повна втрата мови Повна втрата однієї руки та однієї ноги Повна втрата однієї руки та однієї стопи Повна втрата однієї кисті та однієї стопи Повна втрата однієї кисті та однієї ноги Повна втрата обох ніг Повна втрата обох стоп Видалення нижньої щелепи Повне слабоумство	100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%	
Постійна Часткова Непрацездатність: <u>Голова:</u> Втрата кісткової тканини черепа по всій його товщині - Поверхня площею не менше 6 кв.см - Поверхня площею від 3 до 6 кв.см - Поверхня площею менше 3 кв.см Часткове видалення нижньої щелепи, її висхідної частини у повному обсязі або половини верхньої щелепи Повна глухота на одне вухо Повна втрата одного ока	40% 20% 10% 40% 30% 50%	
<u>Верхні кінцівки</u> Втрата однієї руки або кисті Значна втрата кісткової тканини руки (чітко виражене та невиліковне ураження) Повний параліч верхньої кінцівки (невиліковне ураження нервів) Повний параліч огинального нерва Анкілоз плеча Анкілоз ліктя: - у сприятливому положенні (15 градусів від прямого кута); - у несприятливому положенні Значна втрата кісткової тканини двох кісток передпліччя (чітко виражене та невиліковне ураження) Повний параліч середнього нерва Повний параліч променевого нерва на рівні суглобової западини ліктьового суглоба Повний параліч променевого нерва на рівні передпліччя Повний параліч променевого нерва на рівні кисті Повний параліч ліктьового нерва Анкілоз зап'ястка у сприятливому положенні (прямо або	Права 60% 50% 65% 20% 40% 35% 40% 40% 45% 40% 30% 20% 30%	Ліва 50% 40% 55% 15% 30% 30% 35% 30% 35% 35% 25% 15% 25%

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

<i>Непрацездатність</i>	<i>Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)</i>
Повний параліч внутрішнього підколінного сідничного нерва	30%
Анкілоз кульшового суглоба	40%
Анкілоз колінного суглоба	20%
Втрата кісткової тканини стегна або обох кісток гомілки (невиліковний стан)	60%
Втрата кісткової тканини наколінка зі значним розходженням фрагментів та значним обмеженням рухів при випрямленні ноги	40%
Втрата кісткової тканини наколінка зі збереженням рухів	20%
Вкорочення нижньої кінцівки щонайменше на 5 см	30%
Вкорочення нижньої кінцівки від 3 до 5 см	20%
Вкорочення нижньої кінцівки від 1 до 3 см	10%
Повна ампутація всіх пальців стопи	25%
Ампутація чотирьох пальців стопи, включаючи великий палець	20%
Повна втрата чотирьох пальців стопи	10%
Повна втрата великого пальця стопи	10%
Повна втрата двох пальців стопи	5%
Ампутація одного пальця стопи (крім великого пальця)	3%»

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

4. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування

4.1. Дати початку та закінчення дії цієї Програми та Страхова Сума вказуються у Договорі Страхування.

4.2. Страхові Виплати здійснюються за умови, що Страховий Випадок є прямим наслідком тілесних ушкоджень, заподіяних зовнішнім, насильницьким та випадковим чином, про що існують докази у вигляді видимих синців або ран на поверхні тіла.

4.3. Випадки, передбачені в пункті 2 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 добровільного страхування життя.

4.4. Додатково до пункту 4.3. цієї Програми, Страховик не здійснює Страхових Виплат при настанні Страхових Випадків, причиною яких є наведене нижче, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:

- 4.4.1. Професійна діяльність Застрахованої Особи, в тому числі за таким фахом:
- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
 - каскадери;
 - циркові артисти (акробати, дресирувальники);
 - репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
 - військові репортери;
 - працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
 - солдати, що перебувають на службі в корпусі миру;
 - солдати строкової військової служби;
 - особовий склад збройних сил;
 - особисті охоронці;
 - службовці військово-повітряних сил – льотний склад;
 - аварійні служби у високогірних районах (з використанням вертольота, альпіністи);
 - професійні спортсмени;
 - водолази, працівники, чия діяльність пов'язана із підводним занурюванням;
- 4.4.2. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким повітряним спортом, альпінізмом, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;
- 4.4.3. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажирів на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;
- 4.4.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;
- 4.4.5. Тренування або пілотування або перебування в якості пасажирів на планері або планері, який пілотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;
- 4.4.6. Безпосередня участь у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;
- 4.4.7. Тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами,
-

вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене прямим вприскуванням, поглинанням чи вдиханням або потраплянням отруйних речовин до організму іншим шляхом, окрім випадкового отруєння чадним газом під час пожежі;

- 4.4.8. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;
- 4.4.9. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передує Даті Початку дії або даті поновлення дії цієї Програми;
- 4.4.10. Тілесні ушкодження, спричинені прямо чи опосередковано, повністю або частково будь-яким інфекційним бактеріальним зараженням, за винятком інфекційного зараження внаслідок порізу або поранення, що сталися випадково;
- 4.4.11. Проходження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;
- 4.4.12. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;
- 4.4.13. Вакцинація та наслідки вакцинації;
- 4.4.14. Нещасний випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажира на такому транспортному засобі;
- 4.4.15. Тілесні ушкодження внаслідок нещасного випадку, які спричинили килу, люмбаго або запалення сідничного нерва.

5. Права Страховика у разі настання Страхового Випадку

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

6. Початок дії Програми

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

7. Припинення дії Програми

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

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

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

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

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

7.3.1. Застраховану Особу визнано психічно хворою; або

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

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

7.3.4. на момент початку дії Програми Застрахованій Особі виповнилося 60 (шістдесят) років; або

7.3.5. у чергову річницю дії цієї Програми після 65 (шістдесят п'ятого) дня народження Застрахованої Особи, незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування; або

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

7.3.7. Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу повністю Сплаченого Договору Страхування, як передбачено

відповідною статтею Правил страхування, або дію Програми страхування основних ризиків було припинено на будь-яких підставах.

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

8. Ця Програма як частина Договору Страхування

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

- 8.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
- 8.1.2. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);
- 8.1.3. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
- 8.1.4. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);
- 8.1.5. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).

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

8.3. Якщо це прямо зазначено в Страховому полісі Договором Страхування може бути передбачено страхування на випадок настання Постійної та повної непрацездатності Застрахованої Особи в період дії Договору Страхування внаслідок хвороби. Включення даного ризику в Договір Страхування вимагає сплати додатково Страхової Премії.

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

8.5. У випадку, якщо Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування конкретизує, уточнює або доповнює положення Правил, Програми, пріоритетну силу мають умови Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування.

8.6. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цією Програмою. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду Страховика. Зміна набуватиме чинності з річниці дії цієї Програми. Страхувальник має

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

Додаток 1-11

**Програма страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок смерті або постійної та повної непрацездатності
Страховальника
(звільнення від сплати Страхових Премій) («Програма»)**

1. Предмет страхування

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

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

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

1.4. Після сплати першої Страхової Премії за цією Програмою Страховальнику надається Пільговий Період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу будь-якої чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дня, призначеного для її сплати. 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 буде вираховано зі Страхової Виплати.

1.5. Страховик не зобов'язаний надсилати Страховальнику 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.

1.6. Підтвердження сплати Страхової Премії

1.6.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, оформлена та засвідчена належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу.

1.6.2. Якщо Страхова Премія сплачується на рахунок Страховика через установу банку, то підтвердженням такої сплати є платіжний документ, виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що підтверджує відповідну операцію.

1.6.3. Датою сплати Страхової Премії вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

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

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

- а) після отримання та затвердження Страховиком необхідного письмового підтвердження смерті Страхувальника звільнити третіх осіб, на користь яких Страхувальник уклав Договір Страхування, або осіб, на яких відповідно до чинного законодавства України покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів Застрахованої Особи, від зобов'язання сплати кожної Страхової Премії за Договором Страхування, починаючи з чергової Страхової Премії, термін сплати якої настане після дати смерті Страхувальника, і закінчуючи останньою Страховою Премією, термін сплати якої настане до закінчення дії цієї Програми;
- б) після отримання та затвердження Страховиком необхідного письмового підтвердження Постійної та Повної Непрацездатності Страхувальника, як цей термін визначено далі, звільнити Страхувальника від зобов'язання сплати Страхової Премії за Договором Страхування протягом періоду тривання такої Непрацездатності, починаючи з чергової Страхової Премії, термін сплати якої настане після дати початку такої Непрацездатності, і закінчуючи датою одужання і припинення такої Непрацездатності або останньою датою терміну сплати Страхової Премії до закінчення дії цієї Програми.

2. Визначення Постійної та Повної Непрацездатності

2.1. Постійною та Повною Непрацездатністю згідно з цією Програмою є Непрацездатність, яка виникла внаслідок тілесних ушкоджень або хвороби і яка повністю та остаточно перешкоджає Страхувальнику займатися будь-якою професійною чи трудовою діяльністю або іншою роботою за винагороду або заради отримання прибутку, за умови що Постійна та Повна Непрацездатність:

- 2.1.1. виникла внаслідок тілесних ушкоджень або хвороби протягом 180 днів після дати нещасного випадку або хвороби, що мали місце під час дії цієї Програми;
-

2.1.2. безперервно триває протягом не менше 6 місяців. Непрацездатність протягом такого строку вважається постійною та повною тільки для цілей визначення початку відповідних зобов'язань згідно з Програмою.

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

(а) повної та невідмовної втрати зору на обидва ока; або

(б) повної та невідмовної втрати через відчленування:

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

2.3. Термін «Непрацездатність» для цілей цієї Програми означає Постійну та Повну Непрацездатність, що визначається виключно згідно з цією Програмою.

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

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

3.1. така Смерть/ Непрацездатність Страхувальника не є наслідком:

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

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

- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
 - каскадери;
 - репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (що працюють у політично нестабільних зонах та зонах військових дій);
 - солдати, що перебувають на службі в корпусі миру;
 - військові, що перебувають на службі в саперних підрозділах;
 - парашутисти;
 - члени загонів особливого призначення;
-

- члени інформаційної служби;
- особисті охоронці;
- робітники, що працюють із використанням гірського спорядження, робота на щоглах та на опорних щоглах високовольтних ліній електропередачі;
- аварійно-рятувальні служби у високогірних районах (із використанням вертольотів, альпіністи);
- водолази, працівники, чия діяльність пов'язана із підводним занурюванням;
- члени гірської рятувальної служби;
- гірські провідники;
- надання еротичних послуг.

3.1.3. Тілесні ушкодження або хвороба, навмисно завдані самому собі, при здоровому глузді або в стані психічного розладу;

3.1.4. Тілесні ушкодження, навмисно нанесені Страхувальнику будь-якою особою або особами за згодою Страхувальника, незалежно від психічного стану Страхувальника;

3.1.5. Тілесні ушкодження, отримані внаслідок:

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

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

3.1.5.3. Переїзду на підводному човні будь-якого типу;

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

3.1.5.5. Безпосередньої участі у військових маневрах, навчаннях, випробуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;

3.1.5.6. Спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене прямим вприскуванням,

поглинанням чи вдиханням або потраплянням отруйних речовин до організму іншим шляхом, окрім випадкового отруєння чадним газом під час пожежі;

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

3.1.5.8. Будь-якого захворювання, хвороби або стану Застрахованої Особи до Дати Набрання Чинності Договором Страхування;

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

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

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

3.1.5.12. Вакцинації та наслідків вакцинації;

3.1.5.13. Нещасний Випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см. або її пересування як пасажир на такому транспортному засобі;

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

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

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

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

Однак, звільнення від зобов'язання сплати Страхових Премій зберігатиме чинність до першої з таких дат:

- у випадку смерті Страхувальника:
 - (a) до дати закінчення дії цієї Програми;
 - (b) до дати чергової річниці дії Договору Страхування після 21-го дня народження Застрахованої Особи;
-

- у випадку тривання Постійної та Повної Непрацездатності:
 - (а) до дати закінчення дії цієї Програми;
 - (б) до дати чергової річниці дії Договору Страхування після 21-го дня народження Застрахованої Особи;
 - (с) до дати чергової річниці дії Договору Страхування після 65-го дня народження Страхувальника.

4. Повідомлення про настання Страхового Випадку «Смерть»

В доповнення до Статті 15 Правил страхування діють такі умови:

4.1. Особи, що подають заяву про настання Страхового Випадку за цією Програмою зобов'язані повідомити Страховика в письмовій формі про смерть Страхувальника.

4.2. Форми надання належного підтвердження факту смерті Страхувальника надаються Страховиком на запит і таке належне підтвердження повинне бути надане Страховику.

5. Повідомлення про настання Страхового Випадку «Непрацездатність»

В доповнення до Статті 15 Правил страхування діють такі умови:

5.1. Для ухвалення рішення за заявою про настання Страхового Випадку за цією Програмою Страхувальник зобов'язаний у 30-денний термін поінформувати Страховика про настання непрацездатності у будь-якій письмовій формі, яка дозволить Страховику зареєструвати таке повідомлення, із подальшим наданням всіх необхідних документів, перелічених далі в пункті 5.5 цієї Програми.

5.2. Документи, перелічені в пункті 5.5 цієї Програми, надаються:

5.2.1. Протягом періоду тривання Непрацездатності Страхувальника;

5.2.2. Протягом одного року після настання терміну сплати першої Страхової Премії, від зобов'язання сплати якої звільнив Страховик за відповідною заявою.

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

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

5.5. Звільнення від зобов'язання сплати Страхових Премій набирає чинності за умови подання Страховику наступних документів:

- письмової заяви встановленого зразка;
- документу, що підтверджує особу заявника;
- документів, що підтверджують сплату останньої Страхової Премії;
- необхідних документів, виданих медичним закладом, лікарем, соціально-медичною комісією;
- інших документів, що підтверджують настання Страхового Випадку.

5.6. Форми для належного підтвердження Непрацездатності надаються Страховиком, заповнюються заявником та подаються Страховику відповідно до вказаних в них умов.

6. Права Страховика у випадку Непрацездатності Страхувальника

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

7. Підтвердження тривалості Непрацездатності

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

7.2. Якщо Страхувальник не надає таке підтвердження або він в змозі здійснювати будь-яку трудову чи професійну діяльність або займатися будь-якою роботою за плату чи заради отримання прибутку, то повна сума всіх Страхових Премій, що підлягають сплаті після настання зазначених обставин, сплачуватиметься згідно з умовами Договору Страхування та цієї Програми.

8. Початок дії Програми

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

8.2. На дату початку дії цієї Програми:

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

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

9. Припинення дії Програми

9.1. Додатково до положень статті 18 Правил Страхування, Страхувальник має право припинити дію цієї Програми в частині не пізніше, ніж за 6 (шість) тижнів до настання терміну сплати будь-якої Страхової Премії, шляхом подання письмової заяви Страховику, за умови надання Договору Страхування Страховику. В такому випадку Страховик підтверджує факт припинення цієї Програми з ініціативи Страхувальника шляхом оформлення відповідного Додатку до Договору Страхування.

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

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

9.2.2. у випадку відмови від Договору Страхування або набуття Договором Страхування статусу повністю Сплаченого Договору Страхування, як передбачено відповідною статтею Правил страхування, або припинення його дії на інших підставах; або

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

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

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

9.2.6. у першу з наступних дат: чергову річницю дії цієї Програми після 65-го (шістдесят п'ятого) дня народження Страхувальника або після того, як

Застрахованій Особі виповниться 21 (двадцять один) рік, незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування; або

9.2.7. несвоєчасного надання Страхувальником Страховику документів, які підтверджують непрацездатність;

9.2.8. якщо Страхувальник відновив свою здатність працювати або займатися будь-якою професійною чи трудовою діяльністю, пов'язаною з отриманням доходу.

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

10. Сплата Страхових Премій у випадку Непрацездатності

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

10.2. Звільнення Страховиком від зобов'язання сплати Страхових Премій набирає чинності, починаючи з чергового терміну сплати Страхової Премії, який настає після смерті або підтвердження Непрацездатності відповідно до вимог статті 5 цієї Програми. До затвердження факту Непрацездатності Страховиком Страхувальник зобов'язаний сплачувати Страхові Премії, передбачені Договором Страхування. Після затвердження Страховиком факту Непрацездатності Страхувальника відповідно до вимог статті 5 цієї Програми Страховик поверне всі Страхові Премії, сплачені Страхувальником починаючи з дати настання Непрацездатності.

11. Страхові Виплати за Договором Страхування не змінюються

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

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

12. Помилкова інформація

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

13. Ця Програма як частина Договору Страхування

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

- 13.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
- 13.1.2. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);
- 13.1.3. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
- 13.1.4. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);
- 13.1.5. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).

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

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

Додаток 1-12

**Програма страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок постійної та повної непрацездатності
Страховальника
(звільнення Страховальника від сплати Страхових Премій на час
непрацездатності)
(«Програма»)**

1. Предмет страхування

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

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

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

1.4. Після сплати першої Страхової Премії за цією Програмою Страховальнику надається Пільговий Період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дня, призначеного для її сплати. 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 буде вираховано зі Страхової Виплати.

1.5. Страховик не зобов'язаний надсилати Страховальнику 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.

1.6. Підтвердження сплати Страхової Премії

1.6.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, оформлена та засвідчена належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу.

1.6.2. Якщо Страхова Премія сплачується на рахунок Страховика через установу банку, то підтвердженням такої сплати є платіжний документ, виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що підтверджує відповідну операцію.

1.6.3. Датою сплати Страхової Премії вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

1.7. Страховим Випадком, що включається до цієї Програми є Постійна та Повна Непрацездатність Страхувальника.

1.8. Страховик зобов'язується звільнити Страхувальника від зобов'язання сплати Страхової Премії за Договором Страхування після отримання Страховиком письмового підтвердження Постійної та Повної Непрацездатності Страхувальника, як цей термін визначено далі. Страхувальник буде звільнений від зобов'язання сплати Страхової Премії протягом періоду тривання такої Непрацездатності, починаючи з чергової Страхової Премії, термін сплати якої настане після дати початку такої Непрацездатності, і закінчуючи датою одужання і припинення такої Непрацездатності або датою закінчення цієї Програми. Однак, Страхувальник не може бути звільнений від зобов'язання сплати Страхових Премій, термін сплати яких настав раніше, ніж за 6 місяців до дати отримання Страховиком письмового повідомлення про настання Страхового Випадку за цією Програмою.

2. Визначення Постійної та Повної Непрацездатності

2.1. Постійною та Повною Непрацездатністю згідно з цією Програмою є Непрацездатність, яка виникла внаслідок тілесних ушкоджень або хвороби і яка повністю та остаточно перешкоджає Страхувальнику займатися будь-якою професійною чи трудовою діяльністю або іншою роботою за винагороду або заради отримання прибутку, за умови що Постійна та Повна Непрацездатність:

2.1.1. виникла внаслідок тілесних ушкоджень або хвороби протягом 180 днів після дати нещасного випадку або хвороби;

2.1.2. безперервно триває протягом не менше 6 місяців. Непрацездатність протягом такого строку вважається Постійною та Повною тільки для цілей визначення початку відповідних зобов'язань згідно з Програмою.

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

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

(б) повної та невідновної втрати через відчленування:

- обох рук вище зап'ястя; або
 - обох стоп вище гомілковостопного суглоба; або
-

- однієї руки вище зап'ястя та однієї стопи вище гомілковостопного суглоба.

2.3. Термін «Непрацездатність» для цілей цієї Програми означає Постійну та Повну Непрацездатність, що визначається виключно згідно з цією Програмою.

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

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

3.1. Така Непрацездатність не є наслідком:

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

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

- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
- каскадери;
- репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (що працюють у політично нестабільних зонах та зонах військових дій);
- солдати, що перебувають на службі в корпусі миру;
- військові, що перебувають на службі в саперних підрозділах;
- парашутисти;
- члени загонів особливого призначення;
- члени інформаційної служби;
- особисті охоронці
- робітники, що працюють із використанням гірського спорядження, робота на щоглах та на опорних щоглах високовольтних ліній електропередачі;
- аварійно-рятувальні служби у високогірних районах (із використанням вертольотів, альпіністи);
- водолази, працівники, чия діяльність пов'язана із підводним занурюванням;
- члени гірської рятувальної служби;
- гірські провідники;
- надання еротичних послуг;

3.1.3. Тілесні ушкодження або хвороба, навмисно завдані самому собі, при здоровому глузді або в стані психічного розладу;

- 3.1.4. Тілесні ушкодження, навмисно нанесені Страхувальнику будь-якою особою або особами за згодою Страхувальника, незалежно від психічного стану Страхувальника;
- 3.1.5. Тілесні ушкодження, отримані внаслідок:
- 3.1.5.1. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким кінним спортом, повітряним спортом, альпінізмом, бойовими видами мистецтва, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;
- 3.1.5.2. Подорожування або польоту на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажирів на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;
- 3.1.5.3. Переїзду на підводному човні будь-якого типу;
- 3.1.5.4. Тренування або пілотування або перебування в якості пасажирів на планері або планері, який пілотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;
- 3.1.5.5. Безпосередньої участі у військових маневрах, навчаннях, випробуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;
- 3.1.5.6. Спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене прямим вприскуванням, поглинанням чи вдиханням або потраплянням отруйних речовин до організму іншим шляхом, окрім випадкового отруєння чадним газом під час пожежі;
- 3.1.5.7. Будь-яких методів або способів лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;
- 3.1.5.8. Будь-якого захворювання, хвороби або стану Застрахованої Особи до Дати Набрання Чинності Договором Страхування;
- 3.1.5.9. Спричинені прямо чи опосередковано, повністю або частково будь-яким інфекційним бактеріальним зараженням, за винятком інфекційного зараження внаслідок порізу або поранення, що сталися випадково;
-

- 3.1.5.10. Проходження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;
 - 3.1.5.11. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;
 - 3.1.5.12. Вакцинації та наслідків вакцинації;
 - 3.1.5.13. Нещасний Випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см. або її пересування як пасажир на такому транспортному засобі;
 - 3.1.5.14. Тілесні ушкодження внаслідок нещасного випадку, які спричинили килу, люмбаго або запалення сідничного нерва.
- 3.2. Непрацездатність наступила внаслідок тілесних ушкоджень або хвороби, що мали місце протягом періоду дії цієї Програми, та всі належні Страхові Премії були сплачені відповідно до умов Договору Страхування.
- 3.3. Непрацездатність виникла до дати чергової річниці дії Програми після 60-го дня народження Страхувальника.

Однак, звільнення від зобов'язання сплати Страхових Премій зберігатиме чинність до першої з таких дат:

- (a) до дати закінчення дії цієї Програми;
- (b) до дати чергової річниці дії Договору Страхування після 65-го дня народження Страхувальника.

4. Повідомлення про настання Страхового Випадку

Додатково до Статті 15 Правил страхування діють такі умови:

4.1. Для ухвалення рішення за заявою про настання Страхового Випадку за цією Програмою Страхувальник зобов'язаний у 30-денний термін поінформувати Страховика про настання непрацездатності у будь-якій письмовій формі, яка дозволить Страховику зареєструвати таке повідомлення, із подальшим наданням всіх необхідних документів, перелічених далі в пункті 4.5 цієї Програми.

4.2. Документи, перелічені в пункті 4.5 цієї Програми, надаються:

- 4.2.1. протягом життя Страхувальника;
 - 4.2.2. протягом тривання Непрацездатності Страхувальника;
-

4.2.3. протягом одного року після настання терміну сплати першої Страхової Премії, від зобов'язання сплати якої звільнив Страховик за відповідною заявою.

4.3. Невиконання умов пунктів 4.1 і 4.2 цієї Програми дає Страховику право відмовити у задоволенні заяви про настання Страхового Випадку за цією Програмою.

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

4.5. Звільнення від зобов'язання сплати Страхових Премій набирає чинності за умови подання Страховику таких документів:

- письмової заяви встановленого зразка;
- документу, що підтверджує особу заявника;
- документів, що підтверджують сплату останньої Страхової Премії;
- необхідних документів, виданих медичним закладом, лікарем, соціально-медичною комісією;
- інших документів, що підтверджують настання Страхового Випадку.

4.6. Форми для належного підтвердження Непрацездатності надаються Страховиком, заповнюються заявником та подаються Страховику відповідно до вказаних в них умов.

5. Права Страховика у випадку Непрацездатності Страхувальника

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

6. Підтвердження тривалості Непрацездатності

6.1. Незважаючи на те, що підтвердження Непрацездатності може бути прийняте Страховиком як достатнє та переконливе, Страхувальник повинен надавати Страховику на його вимогу через розумно необхідні проміжки часу відповідні підтвердження про характер тривалості такої Непрацездатності. Якщо Непрацездатність продовжувалась безперервно протягом двох повних

років, Страховик вимагатиме отримання вказаного підтвердження не частіше ніж один раз на рік.

6.2. Якщо Страхувальник не надає таке підтвердження або він в змозі здійснювати будь-яку трудову чи професійну діяльність або займатися будь-якою роботою за плату чи заради отримання прибутку, то повна сума всіх Страхових Премій, що підлягають сплаті після настання зазначених обставин, сплачуватиметься згідно з умовами Договору Страхування.

7. Початок дії Програми

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

8. Припинення дії Програми

8.1. Додатково до положень статті 18 Правил страхування, Страхувальник має право припинити дію цієї Програми не пізніше ніж за 6 (шість) тижнів до настання терміну сплати чергової Страхової Премії, повідомивши про це Страховика у письмовій формі, за умови надання Договору Страхування Страховику. В такому разі Страховик підтверджує факт припинення дії цієї Програми з ініціативи Страхувальника шляхом оформлення відповідного Додатку до Договору Страхування.

8.2. Дія цієї Програми також припиняється у таких випадках:

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

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

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

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

8.2.5. якщо Страхувальник став членом будь-яких допоміжних або цивільних невійськових підрозділів, що допомагають військовим наземним,

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

- 8.2.6. у чергову річницю дії Договору Страхування після 60-го дня народження Страхувальника, незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування; або
- 8.2.7. несвоєчасного надання Страхувальником Страховику документів, які підтверджують непрацездатність; або
- 8.2.8. якщо Страхувальник відновив свою здатність працювати або займатися будь-якою професійною чи трудовою діяльністю, пов'язаною з отриманням доходу.
- 8.3. У випадках, передбачених в пункті 8.2 Програми, всі Страхові Премії, термін сплати яких настає після настання зазначених обставин, сплачуються Страхувальником відповідно до умов Договору Страхування, починаючи з дати припинення дії цієї Програми.

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

9. Сплата Страхових Премій

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

9.2. Звільнення Страховиком від зобов'язання сплати Страхових Премій набирає чинності, починаючи з чергового терміну сплати Страхової Премії, який настає після початку Непрацездатності, за умови підтвердження непрацездатності відповідно до вимог статті 5 цієї Програми. До затвердження факту Непрацездатності Страховиком Страхувальник зобов'язаний сплачувати Страхові Премії, передбачені Договором Страхування. Після затвердження Страховиком факту Непрацездатності Страхувальника відповідно до вимог статті 5 цієї Програми Страховик поверне всі Страхові Премії, сплачені Страхувальником починаючи з дати настання Непрацездатності.

10. Страхові Виплати за Договором Страхування не змінюються

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

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

11. Помилкова інформація

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

12. Ця Програма як частина Договору Страхування

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

- 12.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил)
- 12.1.2. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);
- 12.1.3. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
- 12.1.4. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);
- 12.1.5. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).

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

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

Додаток 1-13

**Програма страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок небезпечного захворювання («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 вказані у Страховому Полісі або Додатку до Договору Страхування.

1.2. Згідно з цією Програмою здійснюється страхування додаткових ризиків Застрахованої Особи, прізвище, ім'я та по батькові якої вказуються в Страховому Полісі, на письмову вимогу Страхувальника, здійснену в момент подання Заяви на Страхування або пізніше у відповідному Додатку до Договору Страхування протягом строку дії Договору Страхування.

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

1.4. Після сплати першої Страхової Премії за цією Програмою Страхувальнику надається Пільговий Період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу будь-якої чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дня, призначеного для її сплати. 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 буде вирахувано зі Страхової Виплати.

1.5. 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.

1.6. Підтвердження сплати Страхової Премії

1.6.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, оформлена та засвідчена належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу.

1.6.2. Якщо Страхова Премія сплачується на рахунок Страховика через установу банку, то підтвердженням такої сплати є платіжний документ,

виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що підтверджує відповідну операцію.

1.6.3. Датою сплати Страхової Премії вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

1.7. Страховим випадком за цією Програмою є небезпечне захворювання Застрахованої Особи або хірургічне втручання в зв'язку з небезпечним захворюванням Застрахованої Особи. Перелік небезпечних хвороб наведено в п. 2 Програми.

1.8. Страховик зобов'язаний виплатити Страхову Суму відповідно до умов цієї Програми після надання Страховику та затвердження Страховиком необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку відповідно до цієї Програми. Страховик зобов'язаний виплатити Страхову Суму за цією Програмою, зазначену в Договорі Страхування, незалежно від виплати будь-якої іншої Страхової Суми за Програмою страхування основних ризиків або за будь-якою іншою Програмою страхування додаткових ризиків.

2. Визначення термінів

Для цілей цієї Програми наступні терміни використовуються у таких значеннях:

2.1. Рак:

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

Наведене нижче є виключенням:

- 1) Пухлини з ознаками злоякісних змін у вигляді carcinoma-in-situ та пухлини, які гістологічно означені як передракові або не інвазивні, включаючи, але не обмежуючись: carcinoma-in-situ молочних залоз, дисплазія шийки матки CIN-1, CIN-2 та CIN-3;
- 2) Гіперкератози, базальноклітинний та плоскоклітинний рак шкіри, меланому менше ніж 1,5 мм товщини по Бреслоу або менш, ніж рівень 3 за Кларком, якщо не виявлено метастазів;
- 3) Рак передміхурової залози, віднесений за результатами гістологічного дослідження до класу T1a або T1b за класифікацією TNM, або рак передміхурової залози еквівалентних або більш ранніх стадій за іншими класифікаціями, T1N0M0 папілярна мікрокарцинома щитовидної залози менше 1 см в діаметрі, папілярна мікрокарцинома сечового міхура та хронічний лімфолейкоз в стадії нижче, ніж стадія 3 RAI;

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

2.2. Інфаркт міокарду

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

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

2.3. Коронарне шунтування:

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

2.4. Інсульт

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

- 1) Наявність постійних неврологічних порушень, які підтверджуються лікарем-неврологом не менш, ніж через 6 тижнів після випадку;
- 2) Дані магнітно-резонансної томографії, комп'ютерної томографії або іншого достовірного візуального методу дослідження, що відповідають діагнозу нового інсульту.

Такі стани є виключенням:

- 1) Транзиторні ішемічні атаки;
 - 2) Оборотно ішемічне неврологічне порушення (напад);
 - 3) Ураження головного мозку внаслідок нещасного випадку або травми, інфекції, васкуліту або запального процесу;
 - 4) Захворювання судин з ураженням ока або зорового нерву;
-

5) Ішемічні порушення вестибулярної системи.

2.5. Ниркова недостатність

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

2.6. Трансплантація життєво важливих органів/трансплантація кісткового мозку:

Пересадка Застрахованій Особі:

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

Інші трансплантації стовбурових клітин є виключенням.

2.7. Сліпота (Втрата зору):

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

3. Здійснення Страхових Виплат та період очікування

3.1. Страхові Виплати здійснюються тільки у випадках, якщо Застрахована Особа є живою протягом 30 днів після:

- діагностування хвороби, що вказана в Статтях 2.1, 2.2, 2.4, 2.5, 2.7 цієї Програми;
- дати хірургічної операції в зв'язку з хворобою, вказаною в Статті 2.3 та Статті 2.6 цієї Програми.

3.2. Обов'язковою умовою здійснення Страхових Виплат є те, що симптоми хвороби повинні були вперше проявитися не раніше ніж через 6 (шість) місяців після дати початку дії цієї Програми стосовно Застрахованої Особи.

3.3. У випадку виникнення однієї або більше хвороб, що вказані в Статті 2 Програми, в один і той самий час або одна за одною, відповідно до умов цієї Програми, Страхові Виплати здійснюються тільки один раз та у розмірі Страхової Суми, що визначена згідно цієї Програми.

4. Письмове повідомлення про настання страхового випадку

4.1. У разі настання подій, наведених у Статті 2 Програми, повідомлення про настання Страхового Випадку згідно з цією Програмою подається Страховику у

письмовій формі протягом 10 (десяти) днів з дати встановлення діагнозу про хворобу або з дати відповідної хірургічної операції.

Зазначене вище письмове повідомлення, подане Страховику, є достатнім згідно з цією Програмою у тому разі, якщо до нього додається документ, який належним чином посвідчує особу Застрахованої Особи.

Після отримання такого повідомлення Страховик надає заявникові форми, які мають бути заповнені для отримання Страховиком необхідної інформації стосовно Страхового Випадку та Страхових Виплат згідно з цією Програмою.

Повна інформація, яка вимагається в зазначених вище формах, або будь-яка інша інформація, яку вимагає Страховик для визначення правомірності заяви про настання Страхового Випадку, має бути надана Страховикові протягом 30 (тридцяти) днів з дати діагнозу або з дати виписки із медичного закладу у разі госпіталізації.

4.2. Якщо Застрахована Особа не зможе подати усю необхідну інформацію протягом визначеного вище проміжку часу, Страховик може відмовити у здійсненні будь-яких Страхових Виплат згідно з цією Програмою.

4.3. Після отримання будь-яких тілесних ушкоджень або захворювання Застрахована Особа повинна якнайшвидше отримати відповідну медичну допомогу від кваліфікованого лікаря та дотримуватися надалі всіх його порад. Страховик не несе відповідальності за будь-які наслідки у разі недотримання Застрахованою Особою вказаної вище в цьому пункті 4.3 цієї Програми умови.

5. Здійснення Страхових Виплат

5.1. Страхові Виплати здійснюються Застрахованій Особі відповідно до Статті 3 цієї Програми.

5.2. У випадку смерті Застрахованої Особи Страхові Виплати, які були належні до виплати Застрахованій Особі відповідно до цієї Програми, здійснюються на користь Вигодонабувача за Договором Страхування, а якщо Вигодонабувача в Договорі Страхування не названо - спадкоємцям Застрахованої Особи згідно з чинним законодавством України.

6. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування

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

6.2. Додатково до пункту 6.1 цієї Програми Страховик не здійснює Страхових Виплат при настанні Страхових Випадків, причиною яких є наступне:

6.2.1. будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, які мали місце до дати набрання чинності Договором Страхування;

6.2.2. тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене прямим вприскуванням, поглинанням чи вдиханням або попаданням отруйних речовин в організм іншим шляхом;

6.2.3. навмисно нанесені собі травми або спричинені самому собі хвороби при здоровому глузді або в стані психічного розладу.

7. Права Страховика (додатково до зазначених в Правилах)

7.1. Страховик має право призначити та організувати медичне обстеження Застрахованої Особи за рахунок власних коштів протягом періоду, поки заява про настання Страхового Випадку за цієї Програмою знаходиться на розгляді.

7.2. У випадку відмови Застрахованої Особи пройти медичне обстеження, непроходження Застрахованою Особою медичного обстеження або недостатності його результатів для підтвердження правомірності вимог Застрахованої Особи у зв'язку із затримкою проведення такого обстеження з моменту настання Страхового Випадку, Страховик може відмовити у здійсненні Страхових Виплат відповідно до цієї Програми.

8. Початок дії Програми

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

9. Припинення дії Програми

9.1. Дія цієї Програми може припинитися починаючи з дати річниці дії Програми відповідно до письмової вимоги Страхувальника. В такому випадку Страхувальник має подати Страховику відповідну письмову заяву та повернути Договір Страхування Страховику для оформлення відповідного Додатку до Договору Страхування про припинення дії цієї Програми з ініціативи Страхувальника.

9.2. В доповнення до положень статті 18 Правил страхування дія цієї Програми також припиняється у наступних випадках:

9.2.1. В день закінчення строку дії цієї Програми, що визначається у Договорі Страхування;

9.2.2. Якщо належна Страхова Премія відповідно до Договору Страхування та відповідних Програм страхування додаткових ризиків не сплачується після настання терміну її сплати протягом Пільгового періоду;

9.2.3. Програма страхування основних ризиків набула статусу повністю Сплаченого Договору Страхування, як передбачено відповідною статтею Правил страхування, або мала місце відмова від неї, або її дію припинено на інших підставах;

9.2.4. У чергову річницю дати початку дії Договору Страхування після 60-го дня народження Застрахованої Особи;

9.2.5. Після задоволення будь-якої вимоги про здійснення Страхових Виплат згідно з цією Програмою.

9.3. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, а Страхувальнику повертається, відповідно до вимог чинного законодавства України, незароблена частина Страхової Премії (якщо така є), яка відноситься до періоду припинення Програми, разом з будь-якою додатковою Страховою Премією, яка сплачена наперед за період після дати припинення цієї Програми. Подальша сплата чи отримання будь-якої суми Страхової Премії відповідно до цієї Програми після припинення її дії не створює жодних зобов'язань, крім її повернення. Незароблена частина Страхової Премії (якщо така є) - це частина Премії за період, який починається з моменту припинення Програми та який закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.

10. Ця Програма як частина Договору Страхування

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

10.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил)

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

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

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

10.1.5. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).

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

10.3. Після настання Страхового Випадку відповідно до цієї Програми Страховик має право відмовитися вносити будь-які зміни до Договору Страхування.

Додаток 1-14

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

1. Предмет страхування

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

1.2. Згідно з цією Програмою здійснюється страхування додаткових ризиків Застрахованої Особи, прізвище, ім'я та по батькові якої вказуються в Страховому Полісі, на письмову вимогу Страхувальника, здійснену в момент подання Заяви на Страхування або пізніше у відповідному Додатку до Договору Страхування протягом строку дії Договору Страхування.

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

1.4. Після сплати першої Страхової Премії за цією Програмою Страхувальнику надається Пільговий Період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу будь-якої чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дня, призначеного для її сплати. 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 буде вираховано зі Страхової Виплати.

1.5. 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.

1.6. Підтвердження сплати Страхової Премії

1.6.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, оформлена та засвідчена належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу.

1.6.2. Якщо Страхова Премія сплачується на рахунок Страховика через установу банку, то підтвердженням такої сплати є платіжний документ, виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що підтверджує відповідну операцію.

1.6.3. Датою сплати Страхової Премії вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

1.7. Страхові Виплати за цією Програмою здійснюються відповідно до умов цієї Програми незалежно від будь-яких інших сум Страхових Виплат відповідно до умов Договору Страхування.

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

2. Визначення термінів

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

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

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

2.3. Термін «хвороба» або «захворювання» використовується у Договорі Страхування для визначення зміни стану фізичного здоров'я Застрахованої

Особи, яка сталася з нею вперше після початку дії цієї Програми та Періоду Очікування, якщо такий вказується у Договорі Страхування.

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

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

3. Страховий Випадок та здійснення Страхових Виплат

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

- 3.1.1. розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку або хвороби, який призвів до хірургічного втручання; та/або
- 3.1.2. розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку або хвороби, який призвів до госпіталізації; та/або
- 3.1.3. тимчасова непрацездатність в період одужання після госпіталізації, зазначеної в п. 3.1.2 Програми, якщо це зазначено в Договорі Страхування згідно з п.3.9 Програми;
- 3.1.4. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку або хвороби, який призвів до транспортування Застрахованої Особи автомобілем «швидкої допомоги» до лікарні з метою госпіталізації згідно з п.3.1.2 цієї Програми, якщо це зазначено в Договорі Страхування згідно з п.3.10 Програми.

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

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

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

3.5. Якщо розмір Страхових Виплат, здійснених у випадку хірургічного втручання, дорівнює Страховій Сумі, то Страховик звільняється від подальших зобов'язань щодо такого Страхового Випадку або його наслідків.

3.6. Страховик також здійснює Страхові Виплати у випадку госпіталізації Застрахованої Особи у розмірі, який вказаний у Договорі Страхування, за кожен день її фактичного перебування на стаціонарному лікуванні після 3 (трьох) послідовних днів госпіталізації і максимально до 365 (триста шістьдесят п'ятого) дня, якщо Застрахована Особа госпіталізується через розлад здоров'я внаслідок хвороби, перші прояви якої з'явилися після початку дії цієї Програми, або нещасного випадку, який вперше стався після початку дії цієї Програми, а також, якщо Застрахована Особа перебуває під наглядом кваліфікованого лікаря.

3.7. За цією Програмою встановлюється Страхова Сума на випадок перебування Застрахованої Особи у відділенні реанімації та інтенсивної терапії лікарні за кожен день її фактичного перебування у такому відділенні протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин, починаючи з 1 (першого) дня, яка дорівнює подвійній Страховій Сумі на випадок госпіталізації, яка вказана у Договорі Страхування. Виплата зазначеної Страхової Суми за період лікування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії здійснюється замість Страхової Суми, передбаченої п. 3.6 Програми.

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

3.9. Страховик також здійснює Страхові Виплати на випадок тимчасової непрацездатності в період одужання після госпіталізації, якщо такі Страхові Виплати передбачені у Договорі Страхування і якщо сплачена відповідна додаткова Страхова Премія. Страхові Виплати на випадок тимчасової

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

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

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

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

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

4. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування

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

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

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

- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
- каскадери;
- циркові артисти (акробати, дресирувальники);
- репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (в небезпечних зонах та зонах бойових дій);
- військові репортери;
- працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
- персонал збройних сил;
- солдати, що перебувають на службі в корпусі миру;
- солдати строкової військової служби;
- особисті охоронці;
- службовці військово-повітряних сил – льотний склад;
- аварійно-рятувальні служби у високогірних районах (із використанням вертольотів, альпіністи);
- професійні спортсмени;
- водолази, працівники, чия діяльність пов'язана із підводним занурюванням;

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

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

4.2.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;

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

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

4.2.7. Тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене введенням ін'єкційним шляхом, абсорбцією, вдиханням або потраплянням до організму отруйних речовин іншим шляхом, окрім випадкового отруєння чадним газом під час пожежі;

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

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

4.2.10. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передує Даті Початку дії або дати поновлення дії цієї Програми;

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

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

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

4.2.14. Вакцинація та її наслідки;

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

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

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

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

4.3.3. Отримання косметичних або інших аналогічних процедур будь-якого виду або проведення пластичних операцій, якщо вони не показані у зв'язку із Нещасним Випадком, як цей термін визначається в Правилах;

4.3.4. Будь-яка госпіталізація у зв'язку з будь-якою хворобою протягом перших 60 (шістдесяти) днів після дати набрання чинності або дати поновлення цієї Програми;

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

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

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

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

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

4.3.10. Амбулаторне лікування хвороб зору, припис окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, стоматологічне лікування та протезування зубів.

5. Розміри Страхових Премій

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

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

6. Початок дії Програми

Датою початку дії цієї Програми є дата, зазначена у Страховому Полісі або у Договорі Страхування.

7. Припинення дії Програми

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

7.2. Дія цієї Програми припиняється в 00 годин 00 хвилин за київським часом на дату річниці дії Договору Страхування, що настає одразу після досягнення Застрахованою Особою віку 60 (шістдесят) років, якщо інше не передбачено в Договорі Страхування.

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

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

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

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

8. ТАБЛИЦЯ ОЦІНКИ ХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

<i>Опис хірургічних операцій</i>	<i>Максимальний розмір Страхових Виплат (у % від Страхової Суми)</i>
ЧЕРЕВНА ПОРОЖНИНА	
Апендектомія	35%
Резекція кишки	70%
Резекція шлунка	70%
Гастроентеростомія	60%
Видалення жовчного міхура (холецистектомія)	60%
Діагностична лапаротомія або видалення через розріз одного або більше органів крім вказаного вище (якщо за	

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

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

Гістеректомія та оваріектомія з матковими трубами, обидві сторони	80%
Гістеректомія	60%
Оваріектомія з матковою трубою, одна сторона	30%
Конізація	20%
Кюретаж	15%
КИЛА: Оперування: - однієї кили - подвійної кили	30% 50%
СУГЛОБИ ТА ВИВИХИ Артротомія з приводу захворювання або порушення функції, крім вказаного нижче та крім пункції	15%
Артротомія плечового, ліктьового, кульшового або колінного суглоба, крім пункції	40%
Видалення, фіксація оперативним шляхом, дезартикуляція або артропластика на: - плечовому, кульшовому суглобі або хребті	75%
- колінному, ліктьовому, променево-зап'ясному або гомілковостопному суглобі	30%
Вивих (лікування без операції): - кожного пальця кисті або стопи	5%
- плечового, ліктьового, променево-зап'ясного або гомілковостопного суглоба	15%
- нижньої щелепи	5%
- кульшового або колінного суглоба, крім наколінка	20%
- наколінка	5%
- ушкодження зв'язок променево-зап'ясного або гомілковостопного суглоба, що вимагає фіксації гіпсовою пов'язкою	10%
Для вивиху, який вимагає оперативного втручання, максимальна сума страхової виплати розраховується у подвійному розмірі від сум, вказаних вище	
ОПІКИ: Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням 27% площі поверхні тіла або більше	100%
Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 18% до 27% площі поверхні тіла	60%
Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 9% до 18% площі поверхні тіла	30%
Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 4,5% до 9% площі поверхні тіла	16%
НІС:	

Черезносова операція на носових пазухах Позаносова операція на носових пазухах Поліпи, видалення одного або більше Резекція підслизової оболонки Конхектомія	15% 35% 5% 25% 10%
ПУНКЦІЯ: - черевної порожнини - плевральної порожнини або сечового міхура, крім катетеризації - барабанної перетинки, гідроцеле, суглобів або спинномозкова	10% 5% 5%
ПРЯМА КИШКА: Радикальна резекція злоякісної пухлини, всі стадії, включаючи колостомію Геморой, тільки зовнішній, видалення - повна процедура Геморой, внутрішній або внутрішньо-зовнішній, включаючи випадіння прямої кишки, повне, для видалення або повної склерозуючої терапії Нориця прямої кишки Трещина прямої кишки Інші операції на прямій кишці з розрізом	100% 10% 20% 15% 5% 20%
ЧЕРЕП: Операції з розрізом на порожнині черепа, крім трепанації та пункції Видалення кістки, трепанація або декомпресія	100% 30%
ГОРЛО: Тонзилектомія або тонзил- та аденоїдектомія: - дорослі та діти віком 15 років та старші - діти віком до 15 років Діагностична ларингоскопія Тонзилектомія та аденоїдектомія не визнається Страховим Випадком протягом перших 180 (ста вісімдесяти) днів строку дії цієї Програми.	15% 10% 5%
ПУХЛИНИ: Хірургічне видалення: Злоякісних пухлин, крім пухлин слизової оболонки, шкіри та підшкірної клітковини Злоякісних пухлин слизової оболонки, шкіри та підшкірної клітковини Пілонідального синусу або кісти Доброякісної пухлини яєчка або молочної залози Ганглія	50% 25% 25% 20% 5%

Доброякісних пухлин, однієї або більше, крім вказаних вище	10%
ВЕНИ: Варикоз - операція з розрізом або склерозуюча терапія	20%
- однієї ноги	30%
- обох ніг	

9. Письмова заява про настання Страхового Випадку

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

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

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

10. Період Очікування

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

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

11. Інші Умови

Належне ставлення: Застрахована Особа та Страхувальник повинні вживати всіх розумно необхідних заходів для уникнення та/або мінімізації ушкоджень чи наслідків хвороби або травми.

12. Ця Програма як частина Договору Страхування

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

- 12.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
- 12.1.2. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);
- 12.1.3. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
- 12.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);
- 12.1.5. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил).

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

12.3. У випадку, якщо Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування конкретизує, уточнює або доповнює положення Правил, Програми, пріоритетну силу мають умови Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування.

Додаток 1-15

**Програма страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації
внаслідок нещасного випадку (“Програма”)**

1. Предмет страхування

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

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

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

1.4. Після сплати першої Страхової Премії за цією Програмою Страхувальнику надається Пільговий Період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу будь-якої чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дня, призначеного для її сплати. 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 буде вираховано зі Страхової Виплати.

1.5. 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.

1.6. Підтвердження сплати Страхової Премії

1.6.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, оформлена та засвідчена належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу.

1.6.2. Якщо Страхова Премія сплачується на рахунок Страховика через установу банку, то підтвердженням такої сплати є платіжний документ,

виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що підтверджує відповідну операцію.

1.6.3. Датою сплати Страхової Премії вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

1.7. Страхові Виплати згідно з цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших сум Страхових Виплат відповідно до умов Договору Страхування.

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

2. Визначення термінів

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

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

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

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

ушкоджень або захворювань, отриманих внаслідок нещасного випадку, які визнаються Страховим Випадком відповідно до цієї Програми.

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

3. Страховий Випадок та здійснення Страхових Виплат

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

3.1.1. розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку, який призвів до хірургічного втручання; та/або

3.1.2. розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку, який призвів до госпіталізації; та/або

3.1.3. тимчасова непрацездатність в період одужання після госпіталізації, зазначеної в п.3.1.2 Програми, якщо це зазначено в Договорі Страхування згідно з п.3.9 Програми;

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

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

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

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

3.5. Якщо розмір Страхових Виплат, здійснених у випадку хірургічного втручання, дорівнює Страховій Сумі, то Страховик звільняється від подальших зобов'язань щодо такого Страхового Випадку або його наслідків.

3.6. Страховик також здійснює Страхові Виплати у випадку госпіталізації Застрахованої Особи у розмірі, який вказаний у Договорі Страхування, за кожен день її фактичного перебування на стаціонарному лікуванні після 3 (трьох) послідовних днів госпіталізації і максимально до 365 (триста шістдесят п'ятого) дня, якщо Застрахована Особа госпіталізується через розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, який вперше стався після Початку дії цієї Програми, а також, якщо Застрахована Особа перебуває під наглядом кваліфікованого лікаря.

3.7. За цією Програмою встановлюється Страхова Сума на випадок перебування Застрахованої Особи у відділенні реанімації та інтенсивної терапії лікарні за кожен день її фактичного перебування у такому відділенні протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин, починаючи з 1 (першого) дня, яка дорівнює подвійній Страховій Сумі на випадок госпіталізації, яка вказана у Договорі Страхування. Виплата зазначеної Страхової Суми за період лікування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії здійснюється замість Страхової Суми, передбаченої п. 3.6 Програми.

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

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

3.10. Страховик також здійснює Страхову Виплату у випадку транспортування Застрахованої Особи автомобілем «швидкої допомоги» до лікарні з метою

госпіталізації (як визначено п.3.6 та/або п.3.7 цієї Програми), якщо таку Страхову Виплату передбачено у Договорі Страхування, і якщо сплачена відповідна Страхова Премія. Страхова Виплата на випадок транспортування Застрахованої Особи автомобілем «швидкої допомоги» до лікарні сплачується тільки за умови, якщо здійснюються Страхові Виплати на випадок госпіталізації, передбачені п. 3.6 та/або п. 3.7 цієї Програми. Максимальний розмір Страхової Виплати на випадок транспортування Застрахованої Особи автомобілем «швидкої допомоги» до лікарні дорівнює потроєному розміру Страхової Суми на випадок госпіталізації за один день госпіталізації, зазначеної у Страховому Полісі або Договорі Страхування, незалежно від розміру Страхової Виплати на випадок госпіталізації.

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

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

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

4. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування

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

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

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

- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
 - каскадери;
 - циркові артисти (акробати, дресирувальники);
 - репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
 - військові репортери;
 - працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
 - солдати, що перебувають на службі в корпусі миру;
 - солдати строкової військової служби;
 - особовий склад збройних сил;
-

- особисті охоронці;
- службовці військово-повітряних сил – льотний склад;
- аварійні служби у високогірних районах (з використанням вертольота, альпіністи);
- професійні спортсмени;
- водолази, працівники, чия діяльність пов'язана з підводним занурюванням;

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

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

4.2.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;

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

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

4.2.7. Тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене введенням ін'єкційним шляхом, абсорбцією чи вдиханням або потраплянням отруйних речовин до організму іншим шляхом, окрім випадкового отруєння чадним газом під час пожежі;

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

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

4.2.10. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передує Даті Початку дії або даті поновлення дії цієї Програми;

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

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

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

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

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

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

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

4.3.3. Отримання косметичних або інших аналогічних процедур будь-якого виду або проведення пластичних операцій, якщо вони не показані у зв'язку із Нещасним Випадком, як цей термін визначається в Правилах;

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

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

5. Початок дії Програми

Датою початку дії цієї Програми є дата, зазначена у Страховому Полісі або у Договорі Страхування.

6. Припинення дії Програми

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

6.2. Дія цієї Програми припиняється в 00 годин 00 хвилин за київським часом на дату річниці дії Договору Страхування, що настає одразу після досягнення Застрахованою Особою віку 60 (шістдесят) років, якщо інше не передбачено в Договорі Страхування.

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

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

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

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

7. Таблиця оцінки хірургічних операцій в результаті нещасного випадку

<i>Опис хірургічних операцій</i>	<i>Максимальний розмір Страхових Виплат (у % від Страхової Суми)</i>
ЧЕРЕВНА ПОРОЖНИНА: Резекція кишки Розтин черевної порожнини з метою діагностики або видалення через розріз одного або більше органів, крім вказаного вище (якщо за одне втручання проводяться дві або більше хірургічних операцій, страхова виплата здійснюється тільки за одну)	70% 50%
АМПУТАЦІЯ: Будь-якого пальця руки або ноги	10%

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

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

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

8. Заява про настання Страхового Випадку

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

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

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

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

9. Інші Умови

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

10. Ця Програма як частина Договору Страхування

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

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

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

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

10.4. У випадку, якщо Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування конкретизує, уточнює або доповнює положення Правил, Програми, пріоритетну силу мають умови Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування.

Додаток 1-16**Положення про індексацію для Програм страхування основних ризиків
(«Положення»)****1. Загальні умови**

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

1.2. Однак, Стаття 8, Стаття 10 та Стаття 11 цього Положення набирають чинності після сплати першої суми збільшеної Страхової Премії, згідно із Статтею 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 Виплат 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 кожному 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.

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, направивши відповідну письмову заяву, тільки у річницю дії Договору Страхування та стосовно всіх складових частин Договору Страхування.

7.2. Страхувальник має право відмовитися щонайбільше від двох послідовних індексацій, після чого він втрачає право на індексацію.

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 Індексції

8.1. Створення Спеціального Фонду Індексції:

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 Індексції (надалі – «Фонд»), що спрямовується на індексацію Страхової Суми або Страхової Виплати в порядку, зазначеному в підпункті г) пункту 8.1 цього Положення.

Фонд формується за рахунок таких показників:

- Різниця, 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 згідно з кожним випадком, вказаним в Статті 6.1. та 6.4. Правил страхування, не може витратити кошти Фонду, а також надавати кредити під його заставу;

б) Інвестування коштів Фонду:

Кошти Фонду є складовою частиною страхових резервів, його 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 вказана в Статті 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, Вигодонабувачеві 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 згідно з таблицею вартостей, збільшується на розмір Фонду за вирахуванням штрафу, розмір якого визначається згідно з Таблицею 1. Штраф за дострокове припинення дії Положення.

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

Таблиця 1. Штраф за дострокове припинення дії Положення

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

9. Дата введення в дію цього Положення

9.1. Датою Початку дії цього Положення є Дата Набрання Чинності Договором 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, вказана у відповідному Додатку до Договору Страхування.

10. Припинення права на застосування Положення

Право на індексацію відповідно до цього Положення припиняється та будь-яка індексація в подальшому не здійснюється у разі, якщо:

- 10.1. Страхувальник відмовився від двох послідовних індексацій, а Страховик не надав дозвіл на відновлення такого права;
- 10.2. Страховик починає застосовувати положення про звільнення Страхувальника від сплати Страхової Премії згідно з відповідними Програмами страхування додаткових ризиків, якщо вони передбачені у Договорі Страхування.

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

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

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

11. Припинення дії Положення

Це Положення припиняється у таких випадках:

- 11.1. у день здійснення Страхових Виплат згідно з Програмою страхування основних ризиків або у день припинення дії Програми страхування основних ризиків, який вказаний у Договорі Страхування;
- 11.2. якщо має місце дострокове припинення дії Програми страхування основних ризиків з ініціативи Страхувальника;
- 11.3. якщо дія Програми страхування основних ризиків достроково припиняється через несплату належної Страхової Премії;
- 11.4. у разі смерті Застрахованої Особи;
- 11.5. якщо Програма страхування основних ризиків набуває статусу повністю Сплаченого Договору Страхування, в такому разі розмір Збільшеної Страхової Суми, що підлягає виплаті у зв'язку із смертю перераховується згідно з умовами набуття Договором Страхування статусу повністю Сплаченого Договору Страхування.

12. Це Положення як частина Договору Страхування

- 12.1. До цього Положення не застосовуються положення Правил страхування щодо:
 - 12.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
 - 12.1.2. Умов призупинення сплати Страхової Премії (стаття 6 Правил);
 - 12.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);
 - 12.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).
 - 12.2. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25 до Правил) не застосовується до цього Положення.
 - 12.3. Після настання Страхового Випадку за Програмою страхування основних ризиків Страховик має право відмовитися вносити будь-які зміни до Договору Страхування.
-

Додаток 1-17

**Положення про індексацію для Програм страхування додаткових ризиків
(«Положення»)****1. Загальні умови**

1.1. Це Положення складає невід'ємну частину Договору Страхування, до якого його включено, та набирає чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цього Положення вказані 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. Індексція проводиться раз на рік шляхом збільшення Страхової Суми за Програмою страхування додаткових ризиків та відповідної Страхової Премії.

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

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

4.1. Збільшення (індексація) Страхових Сум за Програмами страхування додаткових ризиків відбувається раз на рік в 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 індекуються.

4.2. При здійсненні першої індексації Збільшені Страхові Суми за Програмами страхування додаткових ризиків визначаються 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, сума Страхової Суми за Програмою страхування додаткових ризиків буде зменшена 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 послідовних індексацій, після чого право на індексацію припиняється.

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, вказана у відповідному Додатку до Договору Страхування.

8. Припинення дії Положення

Право на індексацію згідно з цим Положенням припиняється та будь-яка індексація в подальшому не здійснюється у разі, якщо:

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

8.2. 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. 8.1. цього Положення, Збільшена Страхова Сума та Збільшені Страхові Премії залишатимуться на тому ж рівні, який був до моменту відмови від індексації.

У випадку, передбаченому в п.8.2 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. Дата припинення дії Положення

Це Положення припиняється у наступних випадках:

- 9.1. припинення дії Договору Страхування;
 - 9.2. після десятої річниці дії Договору Страхування;
 - 9.3. у разі смерті Застрахованої Особи.
-

10. Це Положення як частина Договору Страхування

10.1 До цього Положення не застосовуються положення Правил страхування щодо:

- 10.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
- 10.1.2. Умов призупинення сплати Страхової Премії (стаття 6 Правил);
- 10.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);
- 10.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).

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

10.3. Після настання Страхового Випадку за відповідною Програмою страхування додаткових ризиків Страховик має право відмовитися вносити будь-які зміни до Договору Страхування.

Додаток 1 - 18

**Програма добровільного страхування життя позичальника
(«Програма»)****1. Загальні положення**

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

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

1.3. Програма передбачає здійснення Страховиком в разі настання Страхового випадку Страхової виплати в розмірі Страхової суми (її частини), узгодженої Сторонами та зазначеної в Договорі Страхування. Договором Страхування за згодою Страхувальника може бути передбачено здійснення Страхової виплати в розмірі Страхової суми (її частини), розмір якої пов'язаний з виконанням умов Кредитного договору.

Страхова виплата здійснюється однією грошовою сумою, якщо інше не передбачено умовами Договору Страхування.

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

2. Визначення термінів

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.9. Рік дії Договору Страхування - це:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Страховий випадок

3.1. Договором Страхування можуть бути передбачені такі Страхові випадки:

3.1.1. Смерть Застрахованої особи;

3.1.2. Смерть Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку;

3.1.3. Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої особи;

3.1.4. Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку.

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

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

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

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

4.1. Вимоги щодо можливості Страхування.

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

4.1.1. *Критерій вікового цензу.* Якщо інше не передбачено Договором Страхування, протягом усього строку дії Договору Страхування вік Застрахованої особи не повинен бути меншим за 18 (вісімнадцять) років та більшим за 65 (шістдесят п'ять) років.

4.1.2. *Критерій місця проживання.* Протягом усього строку дії Договору Страхування місцем проживання Застрахованої особи має бути Україна.

4.1.3. *Критерій стану здоров'я.* Стан здоров'я особи, яка має бути застрахована за умовами цієї Програми, на дату прийняття Страховиком відповідної Заяви на страхування або на дату укладення Договору Страхування, повинен відповідати інформації та вимогам Декларації Застрахованої особи та/або іншого документа, що надається Страховиком для заповнення Застрахованій особі, якщо заповнення такого документа вимагається Страховиком. Особа, яка має бути застрахована, не повинна мати постійну та повну або тимчасову та повну непрацездатність, бути на лікарняному або бути госпіталізованою, або мати встановлену групу інвалідності на дату початку дії Договору Страхування.

4.1.4. *Критерій працевлаштування.* У разі, якщо Договором Страхування, укладеним відповідно до цієї Програми, передбачений Страховий випадок, визначений у пунктах 3.1.3 та/або 3.1.4 цієї Програми, то на дату укладення Договору Страхування та на дату, коли Хворобу було вперше діагностовано, або на дату настання Нещасного Випадку Застрахована особа повинна працювати на умовах трудового договору (контракту), виконувати роботи на підставі договору цивільно-правового характеру або займатися іншою, не забороненою чинним законодавством діяльністю, пов'язаною з отриманням доходу.

4.2. Виключення зі Страхових випадків та обмеження страхування.

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

4.2.1.1. Подіями, зазначеними у статті 4 Правил та у статті 17 Правил;

4.2.1.2. Хворобою, захворюванням або станом здоров'я Застрахованої особи, які виникли до початку дії цієї Програми;

4.2.1.3. Заняттям Застрахованою особою будь-яким видом спорту на професійному рівні, в тому числі змаганням та тренуванням, а також заняттям Застрахованою особою на аматорському рівні такими видами спорту: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних

або повітряних транспортних засобів, будь-яким кінним спортом, повітряним спортом, альпінізмом, бойовими видами мистецтва, підводним плаванням, дайвінгом (глибше, ніж 40 м.), стрільбою;

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

4.2.1.5. Проходженням Застрахованою особою будь-якої строкової або контрактної служби в будь-яких підрозділах збройних сил будь-якої країни або в міжнародних військах незалежно від того, в мирний час чи під час війни.

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

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

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

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

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

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

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

5. Страхова премія

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

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

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

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

6. Порядок укладання Договору Страхування

6.1. Договір Страхування укладається в письмові формі в один із таких способів:

6.1.1. шляхом складання та підписання Сторонами одного документу, яким є Договір Страхування, або

6.1.2. в інший спосіб, не заборонений чинним законодавством України.

6.2. Для укладання Договору Страхування Страхувальник повинен надати Страховику:

6.2.1. Декларацію Застрахованої особи та/або інший документ за формою, затвердженою Страховиком, на вимогу Страховика. Зазначені документи мають бути підписані Застрахованою особою;

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

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

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

7. Строк та місце дії Договору Страхування

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

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

7.3. Договір Страхування згідно із цією Програмою набирає чинності тільки у випадку виконання усіх наведених нижче умов:

7.3.1. підписання Договору Страхування Сторонами та наявності усіх документів, необхідних для укладення Договору Страхування, якщо Договір Страхування укладено відповідно до пункту 6.1.1 цієї Програми;

7.3.2. наявності усіх документів, необхідних для укладення Договору Страхування, прийняття Страховиком Заяви на страхування та видачі Страховиком Страхового Поліса або Страхового сертифіката або іншого документа за формою, затвердженою Страховиком та передбаченою чинним законодавством України, якщо Договір Страхування укладено відповідно до пункту 6.1.2 цієї Програми;

7.3.3. відповідності Застрахованої особи вимогам Страховика щодо можливості страхування;

7.3.4. оплати на поточний рахунок Страховика Страхової премії у розмірі та в строк, визначений в Договорі Страхування, та одержання такої премії Страховиком.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.6. Страхову виплату буде здійснено за таких умов:

8.6.1. Страховий випадок мав місце (Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої особи була визнана Страховиком) протягом дії Договору Страхування, укладеного відповідно до цієї Програми;

8.6.2. Нещасний Випадок, що призвів до настання повної непрацездатності, мав місце протягом дії Договору Страхування, укладеного відповідно до цієї Програми, або Хворобу (захворювання), що призвела (призвело) до настання Страхового Випадку, було вперше діагностовано протягом дії Договору Страхування, укладеного відповідно до цієї Програми;

8.6.3. Страховик отримав усі належні документи, що підтверджують настання Страхового випадку відповідно до Договору Страхування.

8.7. Додатково до умов пункту 8.6 цієї Програми Страхова виплата у разі настання Страхового випадку, визначеного у пункті 3.1.3 або пункті 3.1.4 цієї Програми, здійснюється за таких умов (якщо інше не передбачено Договором Страхування):

8.7.1. Повна непрацездатність, що відповідає критеріям, зазначеним у пункті 2.15 цієї Програми, настала після закінчення Періоду відстрочки, якщо він передбачений Договором Страхування;

8.7.2. Хворобу (захворювання), що призвела (призвело) до настання повної непрацездатності, було вперше діагностовано, або Нещасний Випадок, що призвів до настання повної непрацездатності, настав після закінчення Періоду відстрочки, якщо він передбачений Договором Страхування;

8.7.3. Страхувальник або Застрахована особа надали належне підтвердження (в тому числі, але не обмежуючись документальним) наявності повної непрацездатності Застрахованої особи безперервно, протягом визначеного Мінімального періоду очікування, згідно з пунктом 2.19 цієї Програми;

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

8.7.5. Постійна та Повна Непрацездатність визнається Страховиком після закінчення Мінімального періоду очікування (за винятком випадків, передбачених пунктом 8.7.4 цієї Програми) та до наступної Річниці Договору Страхування після досягнення Застрахованою особою 60 (шістдесят) років – за Страховим випадком, передбаченим пунктом 3.1.3 цієї Програми, або до наступної річниці Договору Страхування після досягнення Застрахованою особою 65 (шістдесят п'яти) років – за Страховим випадком, передбаченим

пунктом 3.1.4 цієї Програми, якщо інший вік не передбачено Договором Страхування.

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

9. Умови Припинення дії Договору Страхування

9.1. Додатково до випадків, передбачених у пункті 18.1 Правил, дія Договору Страхування згідно із цією Програмою припиняється та Договір Страхування втрачає чинність:

9.1.1. З дати чергової Річниці Договору Страхування після досягнення Застрахованою особою віку 60 (шістдесят) років в частині страхування на випадок настання події, передбаченої пунктом 3.1.3 цієї Програми; з дати чергової Річниці Договору Страхування після досягнення Застрахованою особою віку 65 (шістдесят п'ять) років в частині страхування на випадок настання подій, передбачених пунктами 3.1.1, 3.1.2 та 3.1.4 цієї Програми, якщо інше не передбачено Договором Страхування;

9.1.2. З дати припинення дії Кредитного договору, укладеного між Застрахованою особою та Фінансовою установою;

9.1.3. З дати повного виконання Застрахованою особою зобов'язань щодо повернення Кредиту - суми основного боргу (тіла кредиту) за Кредитним договором;

9.1.4. У разі виконання Страховиком зобов'язань за Договором Страхування в повному обсязі;

9.1.5. У випадку несплати Страхової премії протягом Пільгового періоду, згідно зі Статтею 5 цієї Програми;

9.1.6. У випадку, якщо Україна перестає бути місцем постійного проживання Застрахованої особи.

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

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

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

9.4. У разі дострокового припинення Договору Страховання Страховальнику виплачується Викупна Сума.

10. Описки

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

11. Інші положення

11.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил щодо:

- 11.1.1. Автоматичного надання кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);
- 11.1.2. Набуття Договором Страховання статусу Сплатеного Договору Страховання (пункт 6.6 Правил);
- 11.1.3. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);
- 11.1.4. Кредиту. Умов надання кредиту (пункт 20.4 Правил);
- 11.1.5. Положення про індексацію для Програми страхування основних ризиків (Додаток 1-16);
- 11.1.6. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25).

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

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

Додаток 1-19

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

1. ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ

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

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

1.3. Строк дії Договору Страхування:

Договір Страхування набуває чинності з 00 годин 00 хвилин дня, зазначеного в **Вашому** Страховому Полісі як **Початок дії Договору Страхування**, та за звичайних умов діє до 24 годин 00 хвилин дня, зазначеного в **Вашому** Страховому Полісі як **Закінчення дії Договору Страхування**, або раніше згідно з умовами розділу 7 Програми – **Припинення дії Договору Страхування**, з врахуванням умов п.1.4 - **Сплата Страхових Премій**.

1.4. Сплата Страхових Премій:

Страхові Премії сплачуються протягом всього строку дії Договору Страхування до\в кожному річницю Дати сплати щорічної страхової премії, зазначеної в **Вашому** Страховому Полісі. Проте, дозволяється сплата страхової премії частіше, ніж один раз на рік, рівними частинами відповідно до умов Правил. **Вам** надається 30-денний Пільговий період для сплати кожної Страхової Премії. Якщо до кінця Пільгового періоду Страхову Премію не сплачено, нами застосовуються умови розділу 6 Правил. При розгляді та врегулюванні Вашої заяви на здійснення Страхової Виплати щодо Страхових Випадків, що сталися

протягом Пільгового періоду, всі несплачені вчасно Страхові Премії будуть вираховуватись зі Страхової Виплати.

2. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ:

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

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

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

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

2.3.1. **Ваша** смерть;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. СТРАХОВІ ВИПЛАТИ:

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

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

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

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

3.1.3. **Вам** - **Страхову Виплату на випадок критичного захворювання (CI)** у розмірі Страхової Суми, зазначеної в Страховому Полісі, після одержання належних письмових доказів, які є достатніми та переконливими для **нас**, які свідчать, що у **Вас** вперше діагностовано один з наступних станів: **Рак, Інфаркт Міокарду, Інсульт, Ішемічна Хвороба Серця, що вимагає хірургічного лікування, Ниркова Недостатність, Трансплантація Життєво Важливих Органів або Сліпота** (згідно з визначеннями, наведеними нижче), не раніше ніж через три (3) місяці після дати **Початку дії Договору Страхування** та до дати **Закінчення дії Договору Страхування**. **Страхова Виплата на випадок критичного захворювання** зменшується на суму всіх належних, але не сплачених Страхових Премій. **Страхова Виплата на випадок критичного захворювання** буде здійснюватись лише в разі, якщо **Ви** залишитесь живим щонайменше протягом 30 (тридцяти) днів після

встановлення діагнозу або проведення операції. Тільки одна Страхова Виплата здійснюється при страхуванні на випадок критичного захворювання.

3.1.3.1. Рак:

Злоякісна пухлина, що характеризується неконтрольованим ростом та поширенням злоякісних клітин з проростанням у нормальні тканини та їх руйнуванням. Цей діагноз має бути підтверджений гістологічним дослідженням злоякісності та засвідчений лікарем-онкологом або патоморфологом.

Наведені нижче стани є виключенням:

- 1) Пухлини, що виявляють преінвазивні злоякісні зміни («carcinoma in situ») та пухлини, що гістологічно описуються як передракові або неінвазивні, включаючи, але не обмежуючись, такими, як Преінвазивний рак молочних залоз, дисплазія шийки матки CIN-1, CIN-2 або CIN-3;
- 2) Гіперкератози, базальноклітинний та плоскоклітинний рак шкіри, а також меланоми розміром менше, ніж 1,5 мм товщини Бреслоу, або менше, ніж 3-й рівень за Кларком, якщо немає ознак метастазів;
- 3) Рак передміхурової залози, гістологічно описаний, як T1a або T1b за класифікацією TNM, або інший еквівалент раку передміхурової залози початкових стадій за іншими класифікаціями, T1N0M0 папілярна мікрокарцинома щитовидної залози менше 1 см в діаметрі, папілярна мікрокарцинома сечового міхура та хронічний лімфолейкоз менше, ніж стадія 3 RA1; а також
- 4) Усі пухлини за наявності ВІЛ-інфекції.

3.1.3.2. Інфаркт Міокарду:

Змертвіння частини серцевого м'язу, що виникає через неадекватне постачання крові до відповідної ділянки. Цей діагноз має опиратися одночасно на три або більше критеріїв з п'яти наступних постійних ознак гострого інфаркту міокарду:

- 1) Типовий біль у грудях в анамнезі;
- 2) Свіжі ЕКГ зміни, що доводять інфаркт;
- 3) Діагностично значиме підвищення рівня ферменту серцевого м'язу Креатинкінази МВ;
- 4) Діагностично значиме підвищення рівня Тропініну (Т або І);
- 5) Фракція викиду лівого шлуночку, виміряна через 3 місяці після випадку або пізніше, складає менше, ніж 50%.

3.1.3.3. Інсульт:

Гостре порушення мозкового кровообігу, що включає інфаркт мозкової тканини, мозковий або субарахноїдальний крововилив, емболію та тромбоз мозкових судин. Цей діагноз має відповідати усім наступним умовам:

- 1) Ознаки постійних неврологічних порушень, підтверджені лікарем-неврологом щонайменше через 6 тижнів після випадку; а також
- 2) Дані магнітно-резонансної томографії, комп'ютерної томографії або іншого відтворюючого зображення методу дослідження, що відповідають діагнозу гострого інсульту.

Наступні стани є виключенням:

- 1) Транзиторні ішемічні атаки;
- 2) Ушкодження мозку внаслідок нещасного випадку або травми, інфекції, васкуліту або запального процесу;
- 3) Захворювання судин, що уражає око або зоровий нерв, а також
- 4) Ішемічні розлади вестибулярної системи.

3.1.3.4. Ішемічна Хвороба Серця, що вимагає хірургічного лікування:

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

3.1.3.5. Ниркова Недостатність - хронічна незворотна недостатність обох нирок, що вимагає постійного гемодіалізу або трансплантації нирки.

3.1.3.6. Трансплантація Життєво Важливих Органів, а саме:

- 1) Людського кісткового мозку, використовуючи гемопоетичні стовбурові клітини з попереднім повним видаленням кісткового мозку, або
- 2) Одного з наступних людських органів: серце, легеня, печінка, нирка, підшлункова залоза, внаслідок незворотної та термінальної стадії недостатності відповідного органу.

Інші випадки пересадки стовбурових клітин є виключенням.

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

3.1.4. Страхову Премію (WP) за **Вас** (**ми звільнимо Вас від сплати Страхової Премії**), якщо **Ви** в результаті тілесного ушкодження або захворювання є Повністю та Постійно Непрацездатні (згідно з визначенням, наведеним нижче), і така непрацездатність триває щонайменше 6 (шість) послідовних місяців, а на кінець такого очікувального періоду така непрацездатність вважається повною, постійною та безперервною. **Ми звільнимо Вас** від сплати чергової Страхової Премії за Договором Страхування, термін сплати якої настане після дати початку Повної та Постійної Непрацездатності.

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

Протягом шестимісячного очікувального періоду, зазначеного вище, **Ви** зобов'язані продовжувати сплачувати Страхові Премії. В кінці цього періоду, коли підтверджено, що **Ваша** непрацездатність є Постійною і Повною, **ми** повернемо **Вам** Страхові Премії, одержані за **Вашим** Договором Страхування за період після настання Повної і Постійної Непрацездатності.

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

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

4. БОНУС ЗА ЛОЯЛЬНІСТЬ:

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

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ:

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

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

5.1.1. **Самогубством**, якщо **Ви** покінчили життя самогубством, незалежно від **Вашого** психічного стану, протягом 3 (трьох) років з Дати випуску Страхового Поліса або з дати відновлення надання страхових послуг;

5.1.2. **Війною**:

В разі **війни**, визначення якої наведено нижче, якщо **Ви** зобов'язані пройти військову службу або **Ви** підпали під призов згідно з державним наказом у будь-який підрозділ збройних сил або будь-яку воєнізовану або запасну групу, надання страхових послуг за Договором Страхування припиняється на час такої служби. Проте, якщо Договір Страхування діяв протягом трьох і більше років поспіль з **Дати випуску Страхового Поліса** або дати відновлення надання страхових послуг, припинення надання страхових послуг на час військової служби відбуватись не буде. Страхові Виплати не здійснюються щодо Страхових Випадків, що відбулись протягом періоду призупинення надання страхових послуг. Після закінчення періоду призупинення надання страхових послуг надання страхових послуг може починатись на умовах розділу 6 Правил.

Війна – оголошена чи неоголошена війна, будь-яка військова операція чи вторгнення, ворожі акти іноземних військових сил, повстання, бунт, заколот, громадянська війна, операції з узурпації влади, військовий стан або період облоги, або будь-які інші події чи підстави для оголошення військового стану чи війни.

5.1.3. **Синдромом Набутого Імунодефіциту**:

Страхова Виплата буде зменшена до розміру сплачених Страхових Премій за вирахуванням будь-яких сум, належних до сплати **нам**, якщо **Страховий Випадок** спричинено опортуністичною інфекцією, злоякісним новоутворенням або самогубством, якщо на момент смерті **Ви** мали Синдром Набутого Імунодефіциту. Для цілей цієї Програми, термін «Синдром Набутого Імунодефіциту» вживається у значенні, присвоєному йому Світовою Організацією Охорони Здоров'я. Копія цього визначення може бути надана **нами** на **Ваш** письмовий запит.

- «Опортуністична інфекція» включає, не обмежуючись цим, пневмоциститну пневмонію, збудників хронічного ентериту, вірусну та/ або дисеміновану грибкову інфекцію;
-

- «Злоякісні новоутворення» включають, не обмежуючись цим, саркому Капоші, лімфому центральної нервової системи, волосатоклітинний лейкоз та/ або інші злоякісні новоутворення, які відомі або можуть стати відомі в майбутньому як такі, що є безпосередньою причиною смерті людини за наявності у неї Синдрому Набутого Імунодефіциту;
- «Синдром Набутого Імунодефіциту» включає ВІЛ-асоційовану енцефалопатію (слабоумство) та ВІЛ-асоційоване виснаження.

5.1.4. Участю у ролі суб'єкту в незаконних діях, діяльності або замаху чи спробі здійснити їх:

Страхова Виплата буде зменшена до розміру сплачених Страхових Премій за вирахуванням будь-яких сум, належних до сплати **нам**, якщо **Ваша** смерть є результатом:

- Засудження **Вас** до смертної кари;
- **Ваша** участь або будь-яка форма співучасті (виконання, організація, підбурювання, пособництво) у скоєнні, спробі скоєння замаху на злочин;
- Незаконне вживання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів.

5.1.5. Алкогольним сп'янінням:

Страхова Виплата буде зменшена до розміру сплачених Страхових Премій за вирахуванням будь-яких сум, належних до сплати **нам**, якщо Страховий випадок був прямо або опосередковано спричинений алкогольним сп'янінням чи алкогольним отруєнням.

5.2. В доповнення до пункту 5.1. Програми Страхові виплати не здійснюються в разі, якщо:

5.2.1. **Ваша** смерть внаслідок нещасного випадку, критичне захворювання або Повна та Постійна Непрацездатність прямо або опосередковано були спричинені:

- 5.2.1.1. Самогубством, замахом на самогубство або іншим, умисно завданим самому собі ушкодженням;
- 5.2.1.2. Прямим чи опосередкованим наслідком Війни;
- 5.2.1.3. Подорожуванням або польотом на літаку або будь-якому іншому літальному апараті, незважаючи на те, в якій ролі **Ви** на ньому знаходились (пасажир або інший). Дане виключення не застосовується для пасажирів літаків, які експлуатуються авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські перевезення за встановленим маршрутом;

5.2.1.4. Участь в будь-яких ризикових або небезпечних заняттях таких як мотоспорт, кінний спорт, повітряний спорт, дайвінг (глибше, ніж 40 м.), стрільба, альпінізм або інших аналогічних заходах;

5.2.1.5. Фізичної або психічної хвороби, що існували до дати початку або дати поновлення дії Програми.

5.2.2. **Ваше** критичне захворювання прямо або опосередковано було спричинено:

5.2.2.1. Відсутністю звернення до лікарняного закладу, що має ліцензію на здійснення медичної допомоги та лікування, або невиконанням призначень та рекомендацій лікаря, що має відповідну медичну освіту та ліцензію на провадження медичної практики;

5.2.2.2. Радіацією, ядерною реакцією або радіоактивним забрудненням;

5.2.2.3. Добровільним чи недобровільним, свідомим або несвідомим, іншим вживанням, поглинанням, вдиханням, отруєнням будь-яким газом, димом, чадним газом, паром, отрутою.

6. ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО СТРАХОВИЙ ВИПАДОК ТА ПОДАННЯ ЗАЯВИ НА ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

Даний текст повністю заміщує пункт 15.1 Правил.

6.1. В разі настання Страхового Випадку, **Ви** можете подати заяву на здійснення Страхових Виплат. В будь-якому випадку письмове повідомлення про настання Страхового Випадку за встановленою нами формою разом з документами, що підтверджують факт, причини, обставини та наслідки настання Страхового Випадку, повинно бути надано **нам** протягом 60 днів. Для ризиків смерті, смерті внаслідок Нещасного випадку, ризику діагностування критичного захворювання здійснюється тільки одна Страхова Виплата за першою заявою на здійснення Страхових Виплат, після чого Договір Страхування припиняє дію (див. розділ 7 Програми - Припинення Дії Договору Страхування).

6.2. Для одержання Страхової Виплати необхідно надати **нам** такі документи:

6.2.1. В разі **Вашої** смерті або смерті внаслідок Нещасного Випадку:

6.2.1.1. Заповнену Заяву на здійснення Страхових Виплат;

6.2.1.2. Оригінал Договору Страхування;

6.2.1.3. Оригінали чи нотаріально засвідчені копії свідоцтва про смерть та довідки лікувального закладу про причину смерті

(патологоанатомічний епікриз, патологоанатомічний діагноз та протокол /карта/ патологоанатомічного дослідження) або рішення суду про оголошення особи померлою, що набрало законної сили;

6.2.1.4. Медична картка;

6.2.1.5. Акт про нещасний випадок або довідку з міліції;

6.2.1.6. Матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті;

6.2.1.7. Нотаріально завірена копія Вашого свідоцтва про народження та документи, що посвідчують особу Вигодонабувача;

6.2.1.8. Інші документи, що стосуються факту, причин, обставин та наслідків Страхового Випадку.

6.2.2. В разі діагностування у **Вас** вперше критичного захворювання:

6.2.2.1. Заповнену Заяву на здійснення Страхових Виплат, подану нам протягом 3 (трьох) місяців з дати діагностування критичного захворювання;

6.2.2.2. Довідку медичного закладу з доданням всіх необхідних результатів медичних обстежень та аналізів;

6.2.2.3. Від **Вас** також може вимагатись проходження медичного обстеження, витрати на оплату якого буде покладено на **Вас**;

6.2.2.4. Інші документи, що стосуються факту, причин, обставин та наслідків Страхового Випадку.

6.2.3. Звільнення **Вас** від сплати Страхової Премії:

6.2.3.1. Заповнену Заяву на Звільнення від сплати Страхової Премії;

6.2.3.2. Підтвердження Повної та Постійної Непрацездатності впродовж всього періоду непрацездатності згідно з умовами цієї Програми;

6.2.3.3. Підтвердження Повної та Постійної Непрацездатності протягом одного року після настання строку сплати першої Страхової Премії, від зобов'язання сплати якої ми Вас звільнили;

6.2.3.4. Підтвердження продовження сплати Вами Страхової Премії протягом 6 (шести) місяців поспіль після настання непрацездатності;

6.2.3.5. Інші документи, що стосуються факту, причин, обставин та наслідків Страхового Випадку.

7. ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Додатково до пункту 18.1 Правил Договір Страхування припиняє дію на дату події, що наступить раніше, а саме:

- 7.1.1. Дата Закінчення дії Договору Страхування;
- 7.1.2. Дата здійснення Страхової Виплати на випадок смерті або/та Страхової Виплати на випадок смерті внаслідок Нещасного випадку;
- 7.1.3. Дата здійснення Страхової Виплати на випадок діагностування критичного захворювання;
- 7.1.4. Несплати Страхової Премії протягом 30 – денного Пільгового Періоду та не поновлення надання страхових послуг протягом Дворічного періоду (крім випадку звільнення **Вас** від сплати Страхової Премії згідно з умовами Програми);
- 7.1.5. Будь-який обман або шахрайство, умисно неправильна заява або прихована інформація у **Вашій** Заяві на укладання Договору Страхування або в заяві на здійснення Страхових Виплат негайно припиняє дію Договору Страхування. В такому випадку втрачається право на будь-яку належну страхову виплату, будь-яку здійснену Страхову Виплату має бути повернено **нам**. Страхові Премії при цьому не повертаються;
- 7.1.6. На **Вашу** письмову вимогу з дати наступної за останнім днем оплаченого періоду;
- 7.1.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

8. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ

8.1. У випадку, якщо Страховий Поліс конкретизує, уточнює або доповнює положення цих Правил, Програми, пріоритетну силу мають умови Страхового Поліса.

9. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

9.1. Не застосовуються щодо цієї Програми такі положення Правил:

- 9.1.1. Текст пункту 5.3 Правил, що стосується Одноразової Страхової Премії;
- 9.1.2. Положення пункту 6.5 Правил про Автоматичне надання кредиту для сплати Страхових Премій;
- 9.1.3. Положення пункту 6.6 Правил про Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування;
- 9.1.4. Положення пункту 20.4 Правил про Кредит та умови його надання.

9.2. Положення про індексацію для Програм страхування основних ризиків та Положення про порядок здійснення Страхових Виплат не застосовуються для цієї Програми.

Додаток 1-20

**Програма страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок критичного захворювання****1. Загальні положення**

1.1. Положення цієї Програми страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок критичного захворювання» (надалі - Програма) складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки у тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми вказані у Страховому Полісі або Додатку до Договору Страхування.

1.2. Умови цієї Програми доповнюють умови Правил добровільного страхування життя.

1.3. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім'я та по батькові якої зазначено в Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування, випущеному відповідно до письмової вимоги Страхувальника, що здійснена в момент подання Заяви на укладання Договору Страхування або пізніше протягом строку дії Договору Страхування.

1.4. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії, розмір та строк сплати якої вказується в Договорі Страхування.

1.5. Страховик здійснює Страхову Виплату відповідно до умов цієї Програми та незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат за Програмою страхування основних ризиків або за будь-якою іншою Програмою страхування додаткових ризиків.

2. Перелік страхових випадків

2.1. Страхувальник в Заяві на укладання Договору Страхування або в заяві на розширення переліку страхових випадків за чинним Договором Страхування обирає один з таких варіантів переліку страхових випадків:

2.1.1. **Варіант I - 1 хвороба:** Рак;

2.1.2. **Варіант II - 7 хвороб/станів:** Рак, Інфаркт міокарда, Інсульт, Коронарне шунтування, Ниркова недостатність, Сліпота (Втрата зору), Трансплантація життєво важливих органів/ трансплантація кісткового мозку;

2.1.3. **Варіант III - 32 хвороби/станів:** Рак, Інфаркт міокарда, Інсульт, Коронарне шунтування, Ниркова недостатність, Апластична анемія, Сліпота (Втрата зору), Термінальна стадія захворювання легенів, Термінальна стадія печінкової недостатності, Кома, Глухота (втрата слуху), Хірургічне втручання на серцевому клапані, Втрата мови, Численні (масивні) опіки, Трансплантація життєво важливих органів/трансплантація кісткового мозку, Розсіяний склероз, Параліч (Втрата функції кінцівок), Хвороба Паркінсона, Хірургічне втручання

на аорті, Хвороба Альцгеймера/Тяжка деменція (до 60 років), Фульмінантний гепатит, Первинна легенева гіпертензія, Смертельна невиліковна хвороба, Доброякісна пухлина головного мозку, Енцефаліт, Поліомієліт, Бактеріальний менінгіт, Тяжка травма голови, Апатичний синдром, Інші тяжкі захворювання коронарних артерій, Прогресуюча Склеродермія, Системний червоний вовчак з люпус-нефритом.

3. Визначення

3.1. В даній Програмі використовуються такі визначення:

3.1.1. Рак:

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

Наведене нижче є виключенням:

- 1) Пухлини з ознаками злоякісних змін у вигляді carcinoma-in-situ та пухлини, які гістологічно означені як передракові або не інвазивні, включаючи, але не обмежуючись: carcinoma-in-situ молочних залоз, дисплазія шийки матки CIN-1, CIN-2 та CIN-3;
- 2) Гіперкератози, базальноклітинний та плоскоклітинний рак шкіри, меланоми менше ніж 1,5 мм товщини по Бреслоу або менш, ніж рівень 3 за Кларком, якщо не виявлено метастазів;
- 3) Рак передміхурової залози, віднесений за результатами гістологічного дослідження до класу T1a або T1b за класифікацією TNM, або рак передміхурової залози еквівалентних або більш ранніх стадій за іншими класифікаціями, T1N0M0 папілярна мікрокарцинома щитовидної залози менше 1 см в діаметрі, папілярна мікрокарцинома сечового міхура та хронічний лімфолейкоз в стадії нижче, ніж стадія 3 RAI;
- 4) Усі пухлини за наявності ВІЛ-інфекції, Синдрому Набутого Імунодефіциту, позитивного тесту на ВІЛ, ВІЛ-асоційованого комплексу.

3.1.2. Інфаркт Міокарду:

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

- 1) Типовий за грудний біль в анамнезі;
 - 2) Свіжі зміни на електрокардіограмі (ЕКГ), що свідчать про наявність інфаркту;
 - 3) Діагностично значуще, суттєве підвищення рівня ферменту серцевого м'язу;
-

- 4) Діагностично значуще підвищення рівня Тропоніну (Т або І);
- 5) Визначена через 3 місяці або більше після випадку фракція викиду лівого шлуночка менш ніж 50%;
- 6) Гостре порушення скорочувальної функції м'язів.

3.1.3. Інсульт:

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

- 1) Наявність постійних неврологічних порушень, які підтверджуються лікарем-неврологом не менш ніж через 6 тижнів після випадку;
- 2) Дані магнітно-резонансної томографії, комп'ютерної томографії або іншого достовірного візуального методу дослідження, що відповідають діагнозу нового інсульту.

Такі стани є виключенням:

- 1) Транзиторні ішемічні атаки;
- 2) Ураження головного мозку внаслідок нещасного випадку або травми, інфекції, васкуліту або запального процесу;
- 3) Захворювання судин з ураженням ока або зорового нерву;
- 4) Ішемічні порушення вестибулярної системи;
- 5) Оборотно ішемічне неврологічне порушення (напад).

3.1.4. Коронарне шунтування:

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

3.1.5. Ниркова недостатність:

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

3.1.6. Апластична анемія:

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

- 1) Переливання препаратів крові;
 - 2) Використання стимуляторів кісткового мозку;
-

- 3) Використання імуносупресорів;
- 4) Трансплантації кісткового мозку.

Діагноз має бути підтвердженим висновком лікаря-гематолога.

3.1.7. Слепота (Втрата зору):

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

3.1.8. Термінальна стадія захворювання легень:

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

- 1) Стійке зниження об'єму форсованого видиху на першій секунді (ОФВ₁, FEV₁) до значення менше ніж 1 літр;
- 2) Постійна підтримуюча оксигенотерапія для корекції гіпоксії;
- 3) Рівень парціального тиску кисню артеріальної крові 55 мм ртутного стовпчика або менше (PaO₂ ≤ 55 мм рт. ст.);
- 4) Задишка у спокої;
- 5) Легенева гіпертензія вище за 60 мм.

Цей діагноз повинен бути підтвердженим лікарем-пульмонологом.

3.1.9. Термінальна стадія печінкової недостатності:

Термінальна стадія печінкової недостатності, що підтверджується наведеним нижче:

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

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

3.1.10. Кома:

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

- 1) Відсутність реакції на зовнішні подразники як мінімум протягом 96 (дев'яносто шести) годин;
 - 2) Необхідність застосування заходів для підтримання життєдіяльності;
-

3) Ураження головного мозку, що призводить до постійного неврологічного дефіциту, який має бути підтверджений не раніше ніж через 30 днів після настання коми.

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

3.1.11. Глухота (втрата слуху):

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

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

3.1.12. Хірургічне втручання на серцевому клапані:

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

3.1.13. Втрата мови:

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

Всі порушення, спричинені психічними розладами, є виключенням.

3.1.14. Масивні опіки:

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

3.1.15. Трансплантація життєво важливих органів/трансплантація кісткового мозку:

Пересадка Застрахованій Особі:

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

Інші трансплантації стовбурових клітин є виключенням.

3.1.16. Розсіяний склероз (достовірно виявлення розсіяного склерозу).

Діагноз повинен бути підтверджений усіма наведеними нижче ознаками:

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

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

3.1.17. Параліч (втрата функцій кінцівок):

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

Ушкодження, що завдані самому собі, є виключенням.

3.1.18. Хвороба Паркінсона:

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

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

Види щоденної життєдіяльності:

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

Паркінсонізм, викликаний наркотичними речовинами або отруєнням, є виключенням.

3.1.19. Хірургічне втручання на аорті:

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

Малоінвазивні або внутрішньоартеріальні методики є виключенням.

3.1.20. **Хвороба Альцгеймера/Тяжка деменція** (у віці до 60 років) – погіршення або втрата розумових здібностей, які підтверджені результатами клінічних досліджень та достовірних візуальних методів діагностики, причиною яких є хвороба Альцгеймера або незворотні органічні розлади, що призводять до істотного зниження розумових і соціальних здібностей та потребують постійного догляду за Застрахованою Особою. Цей діагноз має бути клінічно засвідчений відповідним спеціалістом та підтверджений лікарем-консультантом, призначеним Страховиком.

Наведене нижче є виключенням:

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

3.1.21. Фульмінантний гепатит:

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

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

3.1.22. Первинна легенева гіпертензія:

Первинна легенева гіпертензія, яка підтверджена не менш ніж 3 (трьома) з наступних критеріїв. Діагноз має бути підтверджений результатами досліджень, в тому числі і катетеризації порожнини серця.

- 1) Тиск в легеневій артерії 30 мм рт. ст. або вище;
 - 2) ЕКГ ознаки гіпертрофії правої половини серця (зубець R у відведенні V1 та зубець S у відведенні V5 > 1.05 mB/ RV1 та SV5 > 1.05 mV);
 - 3) Зменшення концентрації кисню крові у спокою;
 - 4) Збільшення діаметру правого шлуночка > 30 мм за результатами ЕхоКГ.
-

3.1.23. Смертельні хвороби:

Заключний діагноз хвороби, яка очікувано призводить до смерті Застрахованої Особи протягом 12 місяців.

Цей діагноз має бути підтверджений фахівцем та засвідчений лікарем-консультантом, призначеним Компанією.

Смертельні хвороби за наявності ВІЛ-інфекції є виключенням.

3.1.24. Доброякісна пухлина головного мозку:

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

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

Наведене нижче є виключенням:

- Кісти;
- Гранульоми;
- Судинні мальформації;
- Гематоми;
- Пухлини гіпофіза або спинного мозку.

3.1.25. Енцефаліт:

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

Енцефаліт, викликаний ВІЛ-інфекцією, є виключенням.

3.1.26. Поліомієліт:

Виникнення поліомієліту, що відповідає наведеним нижче умовам:

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

3.1.27. Бактеріальний менінгіт:

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

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

Бактеріальний менінгіт за наявності ВІЛ-інфекції є виключенням.

3.1.28. Тяжка травма голови:

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

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

Наведене нижче є виключенням:

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

3.1.29. Апалічний синдром:

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

3.1.30. Інші тяжкі захворювання коронарних артерій:

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

В даному випадку під коронарною артерією мається на увазі ліва коронарна артерія, ліва передня низхідна, огинаюча та права коронарна артерія.

Діагноз має бути підтверджений всіма наведеними нижче умовами:

- 1) Обмеження фізичної активності;
-

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

3.1.31. Прогресуюча склеродермія:

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

Наведене нижче є виключенням:

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

3.1.32. Системний червоний вовчак з люпус-нефритом:

Полісистемне, поліфакторіальне, аутоімунне захворювання, яке характеризується утворенням ауто-антитіл до власної ниркової тканини. В даній Програмі системний червоний вовчак обмежений такими формами системного червоного вовчака, які протікають з залученням нирок (з III по V клас люпус-нефриту, який підтверджений результатами біопсії нирок, і відповідно до ВООЗ класифікації).

Заключний діагноз має бути засвідчений сертифікованим лікарем-ревматологом, лікарем-імунологом, або лікарем-нефрологом.

Класифікація люпус-нефриту за ВООЗ:

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

4. Розміри Страхової Виплати та Період Очікування

4.1. Страхова Виплата здійснюється згідно з умовами цієї Програми в розмірі Страхової Суми, зазначеної в Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.

4.2. Страхова Виплата здійснюється тільки якщо Застрахована Особа є живою протягом 30 (тридцяти) календарних днів після:

4.2.1. дати встановлення діагнозу одного з захворювань, зазначених у пунктах 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.5, 3.1.6, 3.1.7, 3.1.8, 3.1.9, 3.1.10, 3.1.11, 3.1.13, 3.1.14, 3.1.16, 3.1.17, 3.1.18, 3.1.20, 3.1.21, 3.1.22, 3.1.23, 3.1.24, 3.1.25, 3.1.26, 3.1.27, 3.1.28, 3.1.29, 3.1.30, 3.1.31, 3.1.32 цієї Програми; або

4.2.2. дати проведення хірургічного втручання у зв'язку з хворобами, зазначеними в пунктах 3.1.4, 3.1.12, 3.1.15, 3.1.19 цієї Програми.

Обов'язковою умовою здійснення Страхової Виплати є виникнення симптомів захворювання після 3 (трьох) місяців з дати початку або дати поновлення дії цієї Програми (тобто після закінчення Періоду Очікування).

В разі виникнення одного чи декількох захворювань/станів або проведення операцій, зазначених в п. 4.2 цієї Програми, одночасно або послідовно Страхова Виплата буде здійснюватись один раз в розмірі Страхової Суми, зазначеної для цієї Програми в Договорі Страхування.

4.3. В разі смерті Застрахованої Особи належна їй за умовами цієї Програми, але не одержана нею Страхова Виплата буде здійснена Вигодонабувачеві, а якщо його не встановлено – згідно з чинним законодавством України.

5. Виключення із Страхових Випадків

5.1. Додатково до Розділу 4 «Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування» Правил Страхова Виплата за цією Програмою не буде здійснюватись в разі, якщо хвороба прямо або опосередковано спричинена:

5.1.1. Завданням Застрахованою Особою собі тілесних ушкоджень;

5.1.2. Скоєнням, спробою або спонуканням Застрахованою Особою вчинити образу словами або погрозу фізичним насильством, насильством, згвалтуванням, будь-яким іншим злочином та/або правопорушенням, бунтом; заколотом, порушенням громадського спокою і порядку;

5.1.3. Вживанням ліків, не призначених лікарем, алкогольним сп'янінням, вживанням наркотичних речовин;

5.1.4. ВІЛ-інфекцією, Синдромом Набутого Імунодефіциту (СНІД), ВІЛ-асоційованим комплексом;

5.1.5. Радіаційним опроміненням, ядерною реакцією, радіоактивним ураженням;

5.1.6. Отруєнням, вдиханням отруйних газів, парів та інших речовин;

5.1.7. Причинами, обставинами або станом здоров'я, що існували до початку дії цієї Програми.

6. Розміри страхових внесків (премій), вікові групи та страхові тарифи

6.1. Страхова Премія встановлюється Страховиком з урахуванням обраного Варіанту переліку страхових випадків, зазначеного в п. 2.1 Програми, розміру Страхової Суми, строку дії Програми, періоду страхування та віку Застрахованої Особи.

6.2. Страхові Тарифи цієї Програми протягом періоду страхування залежать від Типу Страхового Тарифу, обраного Варіанту переліку страхових випадків, віку Застрахованої Особи на момент укладання та на кожний конкретний рік дії Договору Страхування.

6.3. Для цієї Програми встановлено такі вікові групи: 18-25, 26-30, 31-35, 36-40, 41-45, 46-50, 51-55, 56-60, 61-64. Страхові Тарифи за цією Програмою не змінюються для Застрахованих Осіб протягом періоду їх віднесення **за фактичним віком** до певної вікової групи з врахуванням умов п.6.5 Програми.

6.4. Для страхування на умовах цієї Програми може бути обраний один з таких Типів Страхових Тарифів:

6.4.1. На 1 (один) рік;

6.4.2. На 5 (п'ять) років;

6.4.3. На 10 (десять) років;

6.4.4. До досягнення віку 65 (шістдесят п'ять) років - Страховий Тариф, визначений на день початку дії цієї Програми, дійсний до кінця періоду страхування.

6.5. Фактичний вік Застрахованої Особи та страховий тариф. Протягом узгодженого періоду страхування розмір Страхового Тарифу збільшується в залежності від фактичного віку Застрахованої Особи таким чином:

6.5.1. Якщо при укладанні Договору Страхування застосовується Страховий Тариф на 1 (один) рік згідно з п.6.4.1 Програми, то він збільшується на річницю дії цієї Програми, що настає після переходу Застрахованої Особи в наступну вікову групу;

6.5.2. Якщо при укладанні Договору Страхування застосовується Страховий Тариф на 5 (п'ять) років згідно з п. 6.4.2 Програми, то він підвищується на кожну 5 (п'ять) річницю дії цієї Програми до розміру, що встановлений для тієї вікової групи, яка відповідає фактичному віку Застрахованої Особи;

6.5.3. Якщо при укладанні Договору Страхування застосовується Страховий Тариф на 10 (десять) років згідно з п. 6.4.3 Програми, то він підвищується на кожну 10 (десять) річницю дії цієї Програми до розміру, що встановлений для тієї вікової групи, яка відповідає фактичному віку Застрахованої Особи;

6.5.4. Розмір Страхового Тарифу до 65 (шістдесяти п'яти) річного віку згідно з п. 6.4.4 Програми визначається одноразово в залежності від віку Застрахованої Особи на початок дії цієї Програми.

6.6. Розмір Страхового Тарифу залежить від обраного згідно з п.2.1 Програми Варіанту переліку страхових випадків.

6.7. Додатково до положень пунктів 6.1-6.5 цієї Програми Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою протягом або у разі поновлення її дії. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду Страховика. Зміна набуватиме чинності з річниці дії цієї Програми.

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

6.8. Після сплати першої Страхової Премії за цією Програмою Страхувальнику надається Пільговий Період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дня, призначеного для її сплати. При розгляді та врегулюванні 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 будуть вираховуватись зі Страхової Виплати.

6.9. 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.

6.10. Підтвердження сплати Страхової Премії

6.10.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, оформлена та засвідчена належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу.

6.10.2. Якщо Страхова Премія сплачується на рахунок Страховика через установу банку, то підтвердженням такої сплати є платіжний документ, виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що підтверджує відповідну операцію.

6.10.3. Датою сплати Страхової Премії вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

7. Письмове повідомлення про настання Страхового Випадку

7.1. Повідомлення про настання подій, зазначених в пунктах 2.1.1, 2.1.2 та 2.1.3 цієї Програми, повинно бути надано Страховикові в письмовій формі протягом 10 (десяти) днів з дати встановлення відповідного діагнозу або дати проведення хірургічної операції в зв'язку з відповідними хворобами. В цілях цієї Програми таке письмове повідомлення буде вважатись належним за умови, що воно надано разом з документами, на підставі яких Застрахована Особа може бути ідентифікована. Страховик, як тільки отримає повідомлення про настання Страхового Випадку, надає заявнику форми, перелік документів та інформацію, яку необхідно надати Страховику для одержання Страхової Виплати. Вся інформація, що вимагається Страховиком для прийняття рішення щодо здійснення Страхової Виплати, повинна бути надана протягом 30

(тридцяти) днів з дати встановлення діагнозу або з дня виписки у випадку госпіталізації.

7.2. Якщо Застрахована Особа не надає необхідну інформацію без поважних на це причин протягом часу, встановленого в пункті 7.1 цієї Програми, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати.

8. Медичне обстеження

При розгляді заяви на одержання Страхової Виплати Страховик має право направити Застраховану Особу на медичне обстеження/огляд за власний рахунок. Якщо Застрахована Особа відмовляється пройти медичне обстеження або наданих нею медичних документів недостатньо для підтвердження факту настання Страхового Випадку через значний час, що пройшов з моменту настання Страхового Випадку, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати за цією Програмою.

9. Строк дії Програми

9.1. Дана Програма починає діяти за умови, що Страхова Премія за цією Програмою була сплачена, з 00 годин 01 хвилини дня, зазначеного в Договорі Страхування як початок дії Програми.

9.2. Програма автоматично припиняє діяти:

- 9.2.1. На дату, зазначену в Договорі Страхування як закінчення дії Програми;
- 9.2.2. На дату дострокового припинення дії Програми страхування основних ризиків або набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування;
- 9.2.3. В разі несплати Страхової Премії протягом Пільгового Періоду;
- 9.2.4. На дату річниці дії Програми, що слідує за 65-річчям Застрахованої Особи;
- 9.2.5. Після здійснення Страхової Виплати за цією Програмою в розмірі 100% Страхової Суми.

9.3. Дію цієї Програми може бути достроково припинено будь-якою з сторін на річницю дії Програми. Про намір достроково припинити дію Програми будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніш як за 6 (шість) тижнів до дати припинення дії Програми, в такому випадку програма припиняє діяти о 00 годин 00 хвилин річниці її дії.

9.4. Програма також припиняє діяти в інших випадках, передбачених законодавством України.

9.5. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику, відповідно до чинного законодавства України, незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати

припинення цієї Програми. Сплата будь-яких сум грошових коштів (Страхових Премій) або їх прийняття після припинення дії Програми не призводить до виникнення у Страховика будь-якої відповідальності, за винятком відповідальності з їх повернення.

10. Надання неповної інформації

10.1. Застрахована Особа зобов'язана повністю та чесно заповнити Заяву на укладання Договору Страхування та відповісти чесно та в повному обсязі на всі письмові питання Страховика, що містяться в Заяві на укладання Договору Страхування або в заяві на поновлення надання страхових послуг.

10.2. Будь-який обман, подання свідомо неправдивих відомостей, їх приховування в Заяві на укладання Договору Страхування, заяві на розширення переліку страхових випадків за існуючим Договором Страхування або в заяві на поновлення надання страхових послуг є підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхових Виплат. Договір Страхування, укладений на підставі такої заяви, припиняє свою дію або визнається недійсним з дати початку дії Програми або з дати поновлення надання страхових послуг відповідно. В такому разі зобов'язання Страховика обмежуються зобов'язанням повернути Страхові Премії з початку дії Програми або поновлення надання страхових послуг за вирахуванням будь-яких зобов'язань Страхувальника за Договором Страхування.

10.3. В разі з'ясування Страховиком після отримання заяви на одержання Страхової Виплати, що причиною Страхового Випадку, був факт, подія, обставина, про які Страховик не дізнався через навмисно неправдиву інформацію, неправдиве свідчення, приховування даних в Заяві на укладання Договору Страхування, заяві на розширення переліку Страхових Випадків за чинним Договором Страхування або в заяві на поновлення надання страхових послуг, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати, дія Програми негайно достроково припиняється та Страховик зобов'язаний повернути незароблену премію (якщо така є).

10.4. Однак якщо Програма безперервно діяла протягом 2 (двох) послідовних років з дня початку дії Програми або дня відновлення надання страхових послуг, Страховик не буде оспорювати дійсність Договору Страхування.

11. Невідповідність віку Застрахованої Особи

Якщо з'ясується, що вік Застрахованої Особи відрізняється від віку, зазначеного в Договорі Страхування, то Страхова Сума буде скоригована пропорційно до різниці між сплаченою Страховою Премією та належною Страховою Премією. Якщо фактичний вік Застрахованої Особи на початок дії Програми не відповідав вимогам Страховика щодо можливості страхування, Страховик має право припинити дію Програми згідно з вимогами законодавства.

12. Прикінцеві положення

12.1. У випадку, якщо Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування конкретизує, уточнює або доповнює положення Правил, Програми, пріоритетну силу мають умови Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування.

12.2. Положення про індексацію для Програм страхування додаткових ризиків (Додаток 1-17) та Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25) не застосовуються для цієї Програми.

12.3. До цієї Програми не застосовуються такі положення Правил щодо:

12.3.1. Автоматичного надання кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);

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

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

12.3.4. Кредиту. Умов надання кредиту (пункт 20.4 Правил);

12.3.5. Самогубства (пункт 4.4 Правил).

Додаток 1-21

**Програма страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок діагностування раку жіночого органу та
госпіталізації в зв'язку з раком жіночого органу**

1. Загальні положення

1.1. Положення цієї Програми страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок діагностування раку жіночого органу та госпіталізації в зв'язку з раком жіночого органу» (надалі - Програма) складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включена така Програма, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми вказані у Страховому Полісі або Додатку до Договору Страхування.

1.2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім'я та по батькові якої зазначено в Страховому Полісі відповідно до Заяви на укладання Договору Страхування або у відповідному Додатку до Договору Страхування.

1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії, розмір та строк сплати якої зазначається у Договорі Страхування.

1.4. Вигодонабувачем за цією Програмою є Застрахована Особа, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

1.5. Страховик здійснює Страхову Виплату відповідно до умов цієї Програми та незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з умовами Договору Страхування.

2. Визначення

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

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

2.2.1. має ліцензію на надання медичної допомоги та здійснення лікування (якщо така ліцензія вимагається законодавством);

2.2.2. призначений в основному для надання стаціонарної медичної допомоги хворим;

2.2.3. здійснює цілодобово сестринський догляд кваліфікованими медсестрами та має хоча б одного ліцензованого та кваліфікованого (дипломованого та сертифікованого) лікаря;

2.2.4. має в наявності обладнання для діагностики та проведення хірургічного втручання в своїх приміщеннях або в інших пристосованих для цього приміщеннях, орендованих на договірних засадах;

2.2.5. не є медсестринським відділенням лікарні, денним стаціонаром, а також відділенням по наданню допомоги пристарілим або видужуючим, де пацієнт отримує головним чином медсестринську допомогу, а також не є за спеціалізацією наркологічним диспансером, будинком відпочинку, санаторієм, профілакторієм, медсестринським або геронтологічним відділенням чи реабілітаційним відділенням тощо;

2.2.6. не є місцем проживання Застрахованої Особи або стаціонаром на дому.

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

2.4. Термін **«Страховий Поліс»** – письмове посвідчення факту укладання Договору Страхування.

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

2.6. Термін **«рак»** використовується у Договорі Страхування для визначення злюкисної пухлини жіночих органів, яка характеризується неконтрольованим ростом та поширенням злюкисних клітин з інвазією у нормальну тканину жіночого органу, якщо це не є прямим наслідком метастаз або раку інших органів, що є місцем локалізації первинної пухлини. В цілях цієї Програми до даного поняття не включаються пухлини, які гістологічно означені як доброякісні або неінвазивні, або пухлини з ознаками злюкисних змін у вигляді *carcinoma-in-situ*, включаючи, але не обмежуючись T1N0M0 карциномою та карциномою молочної менше 2 см в діаметрі, дисплазією шийки матки CIN-1, CIN-2 або CIN-3, а також усі пухлини за наявності ВІЛ-інфекції.

2.7. Термін **«жіночий орган»** у Договорі Страхування включає молочні залози, піхву, шийку матки, матку, фаллопієві (маткові) труби та яєчники.

2.8. Терміни **«діагноз»/«діагностування»/«встановлення діагнозу»** використовуються у Договорі Страхування для визначення заключного діагнозу, встановленого кваліфікованим лікарем, згідно з вищенаведеним визначенням, який свідчить про те, що Застрахована Особа має захворювання, що є Страховим Випадком за цією Програмою. На вимогу Страховика Страхувальник зобов'язаний пройти за рахунок Страховика медичне обстеження у кваліфікованого лікаря, визначеного Страховиком.

2.9. Термін «*медичні стани, що існували до початку дії Договору Страхування*» використовується у Договорі Страхування для визначення захворювань, симптомів, патологічних станів або тілесних ушкоджень, які були наявні у Застрахованій Особи та/або щодо яких Застрахована Особа консультувалась у кваліфікованого лікаря, проходила медичне обстеження або будь-який курс чи форму лікування, або була госпіталізована перед початком дії Договору Страхування, або перед відновленням надання страхових послуг.

3. Перелік Страхових Випадків та умови здійснення Страхової Виплати

3.1. Згідно з цією Програмою Страховим Випадком є подія, яка відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову Виплату, а саме:

3.1.1. Рак жіночого органу Застрахованої Особи, який було вперше діагностовано протягом дії цієї Програми;

3.1.2. Розлад здоров'я Застрахованої Особи у зв'язку з раком жіночого органу, який призвів до госпіталізації Застрахованої Особи.

Розлад здоров'я Застрахованої Особи, що призвів до її госпіталізації, має бути прямим наслідком раку жіночого органу, який було вперше діагностовано протягом дії цієї Програми, щоб такий розлад здоров'я було визнано Страховим Випадком згідно з п.3.1.2 цієї Програми.

3.2. Розміри Страхових Сум зазначено в Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.

3.3. Страховик здійснює Страхову Виплату у розмірі Страхової Суми, встановленої на випадок раку жіночого органу (п.3.1.1. цієї Програми), розмір якої зазначено в Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування та після Періоду Очікування, зазначеного в пункті 7 Програми. Така Страхова Виплата здійснюється тільки один раз, якщо встановлено діагноз раку.

3.4. Страховик також здійснює Страхову Виплату у розмірі Страхової Суми, встановленої на випадок розладу здоров'я Застрахованої Особи у зв'язку з раком жіночого органу, який призвів до госпіталізації (п.3.1.2 цієї Програми), розмір якої зазначено у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування за кожен день, починаючи з 1 (першого) дня госпіталізації до 100 (сотого) дня включно.

Страхова Виплата здійснюється виключно за період госпіталізації, що мала місце впродовж першого року після настання Страхового Випадку, зазначеного у п.3.1.1 цієї Програми, та до дати досягнення Застрахованою Особою 60 років.

3.5. За Програмою встановлюється Страхова Сума на випадок перебування Застрахованої Особи у відділенні реанімації та інтенсивної терапії лікарні згідно з загальноприйнятим визначенням такого відділу, яка дорівнює

Страховій Сумі на випадок госпіталізації, яка вказана у Страховому Полісі або Додатку до Договору Страхування.

3.6. Послідовні перебування Застрахованої Особи у лікарні (госпіталізації) у зв'язку з раком жіночого органу (п. 3.1.1 Програми) вважаються одним Страховим Випадком за п. 3.1.2 Програми, якщо такі госпіталізації мали місце протягом 12 місяців з дати діагностування раку жіночого органу. В такому випадку Страховик здійснить Страхову Виплату за період таких госпіталізацій, але не більше ніж за 100 днів загалом.

3.7. Страховик також здійснює Щомісячну Страхову Виплату, розмір якої зазначено в Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування. Щомісячна Страхова Виплата буде виплачуватись протягом 12 (дванадцяти) місяців з моменту діагностування раку як визначено у п.3.1.1 цієї Програми. Обов'язковою передумовою здійснення Щомісячної Страхової Виплати є той факт, що Застрахована Особа залишається живою. Якщо Застрахована Особа помирає, здійснення Щомісячної Грошової Страхової Виплати припиняється.

3.8. Страховик має право проводити, призначати та організовувати медичне обстеження Застрахованої Особи кваліфікованим лікарем, визначеним Страховиком.

3.9. Здійснення Страхової Виплати в розмірі Страхової Суми для відповідного Страхового Випадку, а також здійснення Щомісячних Страхових Виплат, в розмірі зазначеному в Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування, звільняє Страховика від подальших зобов'язань, пов'язаних із таким Страховим Випадком або його наслідками.

3.10. Страхові Виплати за цією Програмою будуть здійснюватись за умов, що Страховий Випадок настав протягом дії Договору Страхування та в період надання страхових послуг, та Страхова Премія сплачена згідно з умовами Договору Страхування.

3.11. Страховик має право зменшити розмір Страхової Виплати за Програмою страхування основних ризиків на суму Щомісячних Страхових Виплат, якщо такі виплати були здійснені після смерті Застрахованої Особи, та за умови, що Застрахована Особа не мала права на отримання таких виплат відповідно до умов цієї Програми.

4. Початок і припинення дії Програми

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

4.2. Ця Програма припиняє дію в разі припинення дії Програми страхування основних ризиків, передбаченої Договором Страхування або, в разі укладання договору групового страхування, припиняє дію щодо відповідної Застрахованої

Особи в день, коли вона перестася відповідати вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованою, якщо це відбувається раніше.

Припинення дії цієї Програми не впливає на розгляд заяв про здійснення Страхових Виплат та на здійснення Страхових Виплат за Страховими Випадками, які сталися до дати припинення дії цієї Програми.

4.3. Ця Програма також припиняє дію в 00 годин 00 хвилин за Київським часом дати річниці дії цієї Програми, що настає одразу після досягнення Застрахованою Особою віку 60 (шістдесяті) років, якщо інше не передбачено у Договорі Страхування.

4.4. Дію цієї Програми може також бути припинено Страхувальником або Страховиком з дати будь-якої річниці дії Програми шляхом надання письмового повідомлення. Письмове повідомлення надається не пізніше ніж за 6 (шість) тижнів до дати припинення, і в такому випадку дія Програми припиняється в 00 годин 00 хвилин за Київським часом у день чергової річниці дії цієї Програми. Після припинення дії Програми Страховик оформлює відповідний Додаток до Договору Страхування.

4.5. Дія цієї Програми припиняється також, якщо Україна перестася бути місцем постійного проживання Застрахованої Особи або Страхувальника.

4.6. Дія цієї Програми припиняється та зобов'язання Страховика припиняються в разі виконання всіх перерахованих нижче умов:

4.6.1. Здійснення Страхової Виплати у розмірі Страхової Суми, встановленої на випадок раку жіночого органу Застрахованої Особи;

4.6.2. Здійснення Щомісячної Страхової Виплати протягом 12 місяців за умови, що Застрахована Особа залишається живою.

4.7. Додатково до розділу 18 Правил дія цієї Програми припиняється:

4.7.1. Коли Страхова Премія, термін сплати якої настав, не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду;

4.7.2. Коли Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Сплаченого Договору Страхування, як передбачено відповідним розділом Правил, або мало місце дострокове припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника, або її дію припинено з інших підстав;

4.7.3. Коли Застраховану Особу визнано недієздатною у встановленому порядку;

4.7.4. Якщо на момент початку дії Програми Застрахованій Особі виповнилось 59 (п'ятдесят дев'ять) років;

4.7.5. В день річниці дії цієї Програми, що настає одразу після досягнення Застрахованою Особою віку 60 (шістдесяті) років, навіть якщо Програма страхування основних ризиків продовжує діяти.

4.8. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику,

відповідно до чинного законодавства України, незаробленої частини додаткової Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення дії Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення дії цієї Програми.

5. Виключення із Страхових Випадків і обмеження страхування

5.1. Додатково до Статті 4 «Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування» Правил не визнаються Страховим Випадком та Страхова Виплата не здійснюється за подіями, прямо або непрямо, частково або повністю спричиненими таким, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:

- 5.1.1. Вроджені аномалії та їх наслідки і стани, що з них походять;
- 5.1.2. Хвороби жіночих органів та їх наслідки, що існували до початку дії Програми та до закінчення Періоду Очікування;
- 5.1.3. Хвороби, спричинені косметичними засобами або пластичною хірургією (молочних залоз);
- 5.1.4. Захворювання, спричинені хворобами, що передаються статевим шляхом;
- 5.1.5. Профілактичні, періодичні, щорічні обов'язкові, інші обстеження або перевірки стану здоров'я, коли відсутні об'єктивні ознаки погіршення нормального стану здоров'я за результатами таких обстежень, лабораторних досліджень або рентгенівського обстеження, крім ознак непрацездатності, виявлених під час медичних обстежень, що проводились раніше;
- 5.1.6. Лікування хвороб, спричинених алкогольною або наркотичною залежністю, або будь-які розлади психіки та нервової системи, або перебування в санаторіях;
- 5.1.7. Лікування на етапах одужання або періодичні курси відновного лікування в реабілітаційних центрах, центрах здоров'я або оздоровчих закладах, бальнеологічних (періодичні курси відновного лікування) та подібних закладах;
- 5.1.8. Будь-яке захворювання та/або стан, прямо або непрямо спричинений ВІЛ (Вірусом Імунодефіциту Людини), або захворювання, пов'язане з ВІЛ, та/або на момент настання Страхового Випадку наявність у Застрахованої Особи Вірусу Імунодефіциту Людини (ВІЛ) або Синдрому Імунодефіциту Людини, або ВІЛ-асоційованого комплексу, або будь-яких мутацій або типів ВІЛ;
- 5.1.9. Будь-яка бактеріальна інфекція (за виключенням гнійної інфекції, що виникла внаслідок випадкового порізу або поранення).

6. Умови здійснення Страхової Виплати

6.1. Письмове повідомлення має бути надано Страховикові якнайшвидше, але в будь-якому випадку протягом 30 днів з дати настання події, що може бути підставою подання заяви на отримання Страхової Виплати за цією Програмою.

6.2. Всі довідки, інформація та підтверджувальні матеріали повинні бути надані Страховикові у такій формі та такого характеру, як він вимагає. Застрахована Особа зобов'язана на вимогу Страховика пройти за його рахунок медичне обстеження щодо будь-якого тілесного ушкодження, хвороби (захворювання).

Застрахована Особа зобов'язана якнайшвидше після отримання тілесного ушкодження, настання хвороби (захворювання) звернутися за консультацією до кваліфікованого лікаря та дотримуватись його рекомендацій. Страховик не несе відповідальності за будь-які наслідки у разі недотримання Застрахованою Особою рекомендацій та призначень кваліфікованого лікаря або незастосування методів або ліків, призначених ним. В такому разі Страховик не буде здійснювати Страхову Виплату.

6.3. Довідка з зазначенням точного діагнозу; виписка (епікриз) з медичної карти стаціонарного хворого, що включає дані анамнезу, результати всіх обстежень, документи щодо перенесених операцій; оригінал медичної карти амбулаторного хворого повинні бути надані Страховикові. За необхідності Страховик має право вимагати від Застрахованої Особи надати документи на підтвердження того, що Страховий Випадок не був спричинений жодною з обставин, зазначених у пп. 5.1.1-5.1.8. Ця умова є обов'язковою для виконання Страховиком свого зобов'язання.

7. Період Очікування

7.1. Обов'язковою умовою здійснення Страхової Виплати є виникнення симптомів захворювання після 3 (трьох) місяців з дати початку дії цієї Програми або дати відновлення надання страхових послуг.

7.2. Страхова Виплата здійснюється тільки за умови, що Застрахована Особа залишається живою щонайменше протягом 30 (тридцяти) днів з дати встановлення діагнозу.

8. Інші умови

8.1. Страхувальник та Застрахована Особа зобов'язані давати достовірні та повні відповіді на письмові запитання Страховика. Навмисне невиконання цього обов'язку може призвести до припинення дії Договору Страхування Страховиком, відмови у здійсненні Страхових Виплат або зменшення розміру Страхових Виплат.

8.2. Страхувальник та Застрахована Особа зобов'язані повідомляти про зміну адреси, суттєві зміни стану здоров'я Застрахованої Особи або істотні зміни роду професійної діяльності Застрахованої Особи.

8.3. Належне ставлення: Страхувальник та Застрахована Особа зобов'язані здійснити всі розумні (раціональні) заходи за для уникнення та/або мінімізації втрат або шкоди, а також зобов'язані докласти всіх можливих зусиль щодо видування.

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

8.5. Страхові Тарифи цієї Програми протягом періоду страхування залежать від віку Застрахованої Особи на момент укладання та на кожний конкретний рік дії Договору Страхування. Для цієї Програми встановлено такі вікові групи: 18-29,

30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59. Страхові Тарифи за цією Програмою не змінюються для Застрахованих Осіб протягом періоду їх віднесення за фактичним віком до певної вікової групи з урахуванням умов п.8.7 Програми.

8.6. Протягом узгодженого періоду страхування розмір Страхового Тарифу збільшується залежно від фактичного віку Застрахованої Особи на річницю дії цієї Програми, що настає після переходу Застрахованої Особи в наступну вікову групу.

8.7. Страховик має право регулювати/змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою. Зміна набуватиме чинності з річниці дії цієї Програми. Страхувальник має право відмовитись від таких змін протягом тридцяти днів. Якщо Страхувальник відмовляється прийняти зміни або сплачує Страхову Премію у розмірі, що відрізняється від розміру, встановленого після вищезазначеної зміни, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці її дії шляхом письмового повідомлення Страхувальника.

8.8. Після сплати першої Страхової Премії за цією Програмою Страхувальнику надається Пільговий Період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дня, призначеного для її сплати. 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 будуть вираховуватись зі Страхової Виплати.

8.9. 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.

8.10. Підтвердження сплати Страхової Премії

8.10.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, оформлена та засвідчена належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу.

8.10.2. Якщо Страхова Премія сплачується на рахунок Страховика через установу банку, то підтвердженням такої сплати є платіжний документ, виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що підтверджує відповідну операцію.

8.10.3. Датою сплати Страхової Премії вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

9. Прикінцеві положення

- 9.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил щодо:
- 9.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
 - 9.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (Пункт 6.6 Правил);
 - 9.1.3. Автоматичного надання кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);
 - 9.1.4. Виключень щодо війни (пункт 4.1.1 Правил);
 - 9.1.5. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);
 - 9.1.6. Порядку здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25 до Правил).

10. Пріоритетність

10.1. У випадку, якщо Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування конкретизує, уточнює або доповнює положення Правил, Програми, пріоритетну силу мають умови Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування.

Додаток 1-22**Програма страхування додаткових ризиків****Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку з прогресивною виплатою****1. Загальні положення**

1.1. Положення цієї Програми страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку з прогресивною виплатою» (надалі – Програма) складають невід’ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми вказані у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування.

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

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

1.4. Після сплати першої Страхової Премії за цією Програмою Страхувальнику надається Пільговий Період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу будь-якої чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дня, призначеного для її сплати. При розгляді та врегулюванні 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 будуть вираховуватись зі Страхової Виплати.

1.5. 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.

1.6. Підтвердження сплати Страхової Премії

1.6.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштове відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, оформлена та засвідчена належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу.

1.6.2. Якщо Страхова Премія сплачується на рахунок Страховика через установу банку, то підтвердженням такої сплати є платіжний документ, виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що підтверджує відповідну операцію.

1.6.3. Датою сплати Страхової Премії вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

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

1.8. Будь-які Страхові Виплати здійснюються відповідно до положень цієї Програми. Страхові Виплати здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат, що підлягають виплаті відповідно до умов Договору Страхування.

2. Визначення термінів

2.1. В цій Програмі наведені нижче терміни матимуть такі значення:

2.1.1. Базова Сума - грошова сума, яка зазначена у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування та яка використовується для розрахунку Страхової Суми та Страхової Виплати за Договором Страхування згідно з умовами цієї Програми.

2.1.2. Страхова Сума – грошова сума, в межах якої здійснюється Страхова Виплата згідно з умовами цієї Програми. Страхова Сума за цією Програмою встановлюється в розмірі 250% або 500% від Базової Суми залежно від обраної шкали прогресивності. Розмір Страхової Суми зазначається у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування.

3. Страховий Випадок та Страхова Виплата

3.1. Страховим Випадком згідно з цією Програмою є Постійна Непрацевдатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку за умови, що така Постійна Непрацевдатність сталася протягом 365 днів після дати Нещасного Випадку, який зумовив таку Постійну Непрацевдатність, та триває протягом решти життя такої Застрахованої Особи.

3.2. Постійна Непрацевдатність визначається за допомогою спеціальної Таблиці Видів Втрат. Страховик здійснює Страхові Виплати, які розраховуються згідно з Таблицею Прогресивності залежно від часток втрати, визначених за Таблицею Видів Втрат для конкретної непрацевдатності, - до 250% або 500% від Базової Суми за визначеною шкалою прогресивності.

3.3. Розмір Страхових Виплат на випадок Постійної Непрацевдатності внаслідок випадків, які не вказані в наведеній нижче Таблиці Видів Втрат,

розраховується відповідно до їх серйозності у порівнянні з тими випадками, що вказані в Таблиці Видів Втрат, при цьому не береться до уваги професія чи місце роботи Застрахованої Особи.

3.4. Загальна сума Страхових Виплат, яка сплачується через настання декількох видів втрат внаслідок одного Нещасного Випадку, розраховується шляхом додавання різних сум, але загальний розмір не повинен перевищувати Страхової Суми, вказаної у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування.

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

3.6. Якщо Застрахована Особа є ліворукою та вказала це у Заяві на Страхування, або це офіційно визнано, тоді визначені нижче частки від Страхової Суми для різних видів втрат лівих та правих кінцівок взаємно замінюються.

3.7. Дія Програми припиняється відразу після настання Постійної та Повної Непрацездатності згідно з цією Програмою, але настання такого Страхового Випадку не зумовлює припинення дії Договору Страхування в цілому.

3.8. До будь-яких органів або частин тіла, що мають постійну аномалію або патологію, яка існувала до настання Нещасного Випадку, не застосовуються положення Договору Страхування в частині їх наявної аномалії або патології.

3.9. Визначення виду втрати:

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

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

3.9.3. Втрата слуху або мови означає повну та невідновну втрату слуху або мови.

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

- протягом дії цієї Програми;

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

4. Таблиця Видів Втрат

Непрацездатність	Частка Втрати	
Постійна та Повна Непрацездатність:		
Повна втрата зору на обидва ока	100%	
Повна втрата обох кистей або рук	100%	
Повна глухота на обидва вуха травматичного походження	100%	
Повна втрата мови	100%	
Повна втрата однієї руки та однієї ноги	100%	
Повна втрата однієї руки та однієї стопи	100%	
Повна втрата однієї кисті та однієї стопи	100%	
Повна втрата однієї кисті та однієї ноги	100%	
Повна втрата обох ніг	100%	
Повна втрата обох стоп	100%	
Видалення нижньої щелепи	100%	
Повне слабоумство	100%	
Постійна Часткова Непрацездатність:		
Голова:		
Втрата кісткової тканини черепа по всій його товщині		
- Поверхня площею не менше 6 кв.см	40%	
- Поверхня площею від 3 до 6 кв.см	20%	
- Поверхня площею менше 3 кв.см	10%	
Часткове видалення нижньої щелепи, її висхідної частини у повному обсязі або половини верхньої щелепи	40%	
Повна глухота на одне вухо	30%	
Повна втрата одного ока	50%	
Верхні кінцівки	Права	Ліва
Втрата однієї руки або кисті	60%	50%
Значна втрата кісткової тканини руки (чітко виражене та невиліковне ураження)	50%	40%
Повний параліч верхньої кінцівки (невиліковне ураження нервів)	65%	55%
Повний параліч огинального нерва	20%	15%
Анкілоз плеча	40%	30%
Анкілоз ліктя:		
- у сприятливому положенні (15 градусів від прямого кута);	35%	30%
- у несприятливому положенні	40%	35%
Значна втрата кісткової тканини двох кісток передпліччя (чітко виражене та невиліковне ураження)	40%	30%

Непрацездатність	Частка Втрати	
Повний параліч серединного нерва	45%	35%
Повний параліч променевого нерва на рівні суглобової западини ліктьового суглоба	40%	35%
Повний параліч променевого нерва на рівні передпліччя	30%	25%
Повний параліч променевого нерва на рівні кисті	20%	15%
Повний параліч ліктьового нерва	30%	25%
Анкілоз зап'ястка у сприятливому положенні (прямо або в пронації)	20%	15%
Анкілоз зап'ястка у несприятливому положенні (згинання, або неприродне розгинання, або супінація)	30%	25%
Повна втрата великого пальця	20%	15%
Часткова втрата великого пальця (нігтьової фаланги)	10%	5%
Повний анкілоз великого пальця	20%	15%
Повна ампутація вказівного пальця	15%	10%
Повна втрата двох фаланг вказівного пальця	10%	8%
Повна втрата нігтьової фаланги вказівного пальця	5%	3%
Одновременна ампутація великого пальця і вказівного пальця	35%	25%
Повна втрата великого пальця та іншого пальця (крім вказівного)	25%	20%
Повна втрата двох пальців (крім великого та вказівного)	12%	8%
Повна втрата трьох пальців (крім великого та вказівного)	20%	15%
Повна втрата чотирьох пальців, включаючи великий палець	45%	40%
Повна втрата чотирьох пальців, виключаючи великий палець	40%	35%
Повна втрата середнього пальця	10%	8%
Повна втрата пальця (крім великого, вказівного та середнього)	7%	3%
Нижні Кінцівки		
Повна втрата нижньої кінцівки на рівні верхньої половини стегна	60%	
Повна втрата нижньої кінцівки на рівні нижньої половини стегна	50%	
Повна втрата стопи (дезартикуляція на рівні гомілковостопного суглоба)	45%	
Часткова втрата стопи (дезартикуляція на рівні підтаранного суглоба)	40%	
Часткова втрата стопи (дезартикуляція на рівні поперечного суглоба стопи)	35%	
Часткова втрата стопи (передплюсно-плюсна дезартикуляція)	30%	
Повний параліч нижньої кінцівки (невиліковне ураження нерва)	60%	

Непрацездатність	Частка Втрати
Повний параліч двох нервів (зовнішній та внутрішній підколінний сідничний нерв)	40%
Повний параліч зовнішнього підколінного сідничного нерва	20%
Повний параліч внутрішнього підколінного сідничного нерва	30%
Анкілоз кульшового суглоба	40%
Анкілоз колінного суглоба	20%
Втрата кісткової тканини стегна або обох кісток гомілки (невиліковний стан)	60%
Втрата кісткової тканини наколінка зі значним розходженням фрагментів та значним обмеженням рухів при випрямленні ноги	40%
Втрата кісткової тканини наколінка зі збереженням рухів	20%
Вкорочення нижньої кінцівки щонайменше на 5 см	30%
Вкорочення нижньої кінцівки від 3 до 5 см	20%
Вкорочення нижньої кінцівки від 1 до 3 см	10%
Повна ампутація всіх пальців стопи	25%
Ампутація чотирьох пальців стопи, включаючи великий палець	20%
Повна втрата чотирьох пальців стопи	10%
Повна втрата великого пальця стопи	10%
Повна втрата двох пальців стопи	5%
Ампутація одного пальця стопи (крім великого пальця)	3%

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

5. Таблиця Прогресивності

Шкала прогресивності, що застосовується у разі, якщо Страхова Сума складає 250% Базової Суми		Шкала прогресивності, що застосовується у разі, якщо Страхова Сума складає 500% Базової Суми	
Частка Втрати (ЧВ)	Страхова Виплата як відсоток від Базової Суми	Частка Втрати (ЧВ)	Страхова Виплата як відсоток від Базової Суми
Від 0% до 25%	ЧВ	Від 0% до 20%	ЧВ
Від 26% до 50%	2*ЧВ – 25%	Від 21% до 40%	3*ЧВ – 40%
Від 51% до 75%	3*ЧВ – 75%	Від 41% до 60%	5*ЧВ – 120%
Від 76% до	4*ЧВ – 150%	Від 61% до 80%	7*ЧВ – 240%
		Від 81% до 100%	9*ЧВ – 400%

6. Виключення зі Страхових Випадків та обмеження страхування

6.1. Страхові Виплати здійснюються за умови, що, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:

6.1.1. Страховий Випадок є прямим наслідком тілесних ушкоджень, заподіяних зовнішнім, насильницьким та випадковим чином, про що існують докази у вигляді видимих синців або ран на поверхні тіла;

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

6.1.3. Додатково до пункту 6.1.2 цієї Програми, Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є:

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

- особи, які працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
- каскадери;
- циркові артисти (акробати, дресирувальники);
- репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
- військові репортери;
- працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
- солдати, що перебувають на службі в корпусі миру;
- солдати строкової військової служби;
- особовий склад збройних сил;
- особисті охоронці;
- службовці військово-повітряних сил – льотний склад;
- аварійні служби у високогірних районах (із використанням вертольота, альпіністи);
- професійні спортсмени;
- водолази, працівники, чия діяльність пов'язана з підводним занурюванням;

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

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

6.1.3.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;

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

6.1.3.6. Безпосередня участь у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;

6.1.3.7. Тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене прямим вприскуванням, поглинанням чи вдиханням або потраплянням отруйних речовин до організму іншим шляхом, окрім випадкового отруєння чадним газом під час пожежі;

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

6.1.3.9. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передує Даті Початку дії або даті поновлення дії цієї Програми;

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

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

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

6.1.3.13. Вакцинація та наслідки вакцинації;

6.1.3.14. Нещасний Випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажир на такому транспортному засобі;

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

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

6.1.3.17. Радіоактивне ураження.

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

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

7. Права Страховика у разі настання Страхового Випадку

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

8. Початок дії Програми

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

9. Припинення дії Програми

9.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення. У випадку припинення дії Програми за вимогою будь-якої зі Сторін сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є) згідно з умовами п.9.4 цієї Програми.

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

9.2.1. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі - здійснення виплати Страхової Суми (в розмірі 250% або 500% від Базової Суми за обраною шкалою прогресивності) внаслідок одного або кількох Нещасних Випадків у випадку Постійної Непрацездатності.

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

9.3.1. Застраховану Особу визнано психічно хворою; або

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

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

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

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

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

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

10. Прикінцеві положення

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

10.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);

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

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

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

10.1.5. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).

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

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

10.4. Страховик має право змінювати розмір страхового тарифу за цією Програмою. Зміна набуде чинності з річниці дії цієї Програми. Страхувальник має право відмовитись від таких змін протягом тридцяти днів. Якщо Страхувальник відмовляється прийняти такі зміни або розмір сплаченої ним Страхової Премії відрізняється від розміру, встановленого після таких змін, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці її дії шляхом письмового повідомлення Страхувальника.

10.5. У випадку, якщо Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування конкретизує, уточнює або доповнює положення Правил, Програми, пріоритетну силу мають умови Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування.

Додаток 1-23**Програма добровільного страхування життя «Рівень життя»****1. Загальні положення**

Положення цієї Програми добровільного страхування життя «Рівень життя» (надалі за текстом – «Програма») застосовуються в разі, якщо Договором Страхування передбачено страхування відповідно до Програми. Інші, прямо не зазначені в тексті Програми умови страхування (права та обов'язки Сторін, порядок та умови здійснення Страхових Виплат тощо), встановлено Правилами.

2. Визначення термінів

В умовах цієї Програми наведені нижче терміни матимуть такі значення:

2.1. Постійна та Повна Непрацездатність – повна, чітко виражена та остаточна непрацездатність Застрахованої Особи, яка визнана Страховиком, отримана внаслідок Хвороби або захворювання, або Тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку, що повністю робить неможливим виконання Застрахованою Особою будь-якої роботи, здійснення трудової або професійної діяльності за плату, винагороду або заради отримання прибутку протягом решти життя такої Застрахованої Особи. Від дати настання Нещасного Випадку, що призвів до настання повної непрацездатності Застрахованої Особи, або від дати діагностування Хвороби (захворювання), що призвело до настання постійної та повної непрацездатності Застрахованої Особи, має минути Мінімальний період очікування до того, як таку непрацездатність може бути визнано Постійною та Повною Непрацездатністю відповідно до умов цієї Програми. Проте, у випадку, визначеному в пункті 3.9.4 цієї Програми, непрацездатність може бути визнано Страховиком Постійною та Повною Непрацездатністю без застосування Мінімального періоду очікування.

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

2.3. Нещасний Випадок – раптова, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої Особи подія, яка відбулась протягом строку дії Договору Страхування внаслідок впливу різноманітних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тілесних ушкоджень, що стали причиною настання повної непрацездатності Застрахованої Особи та/або її загибелі (смерті).

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

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

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

2.7. Рік дії Договору Страхування – це:

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

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

2.9. Період Поновлення - період тривалістю 3 (три) місяці (якщо інше не узгоджено Сторонами в Договорі Страхування) з дати, коли чергова Страхова Премія за Договором Страхування має бути сплачена, встановлений з метою надання Страхувальнику можливості поновлення надання страхових послуг. Протягом Періоду Поновлення Страховик не надає страхові послуги за Договором Страхування, а події, що стались протягом такого періоду, у жодному разі не розглядаються Страховиком і не визнаються Страховими Випадками.

3. Перелік Страхових Випадків та умови здійснення Страхової Виплати

3.1. Договором Страхування можуть бути передбачені такі Страхові Випадки:

3.1.1. Смерть Застрахованої Особи;

3.1.2. Смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку;

- 3.1.3. Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи;
- 3.1.4. Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку.
- 3.2. Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи може бути визнана Страховим Випадком згідно з пунктами 3.1.3 - 3.1.4 цієї Програми лише у випадку, якщо така непрацездатність Застрахованої Особи не пов'язана з Нещасним Випадком або Хворобою (захворюванням), що сталися (діагностовані) протягом Періоду відстрочки, визначеного в Договорі Страхування.
- 3.3. Страхування на випадок подій, зазначених в пунктах 3.1.2 - 3.1.4 цієї Програми, може здійснюватися лише за умови, що Договором Страхування передбачено Страховий випадок, зазначений у пункті 3.1.1 цієї Програми.
- 3.4. Конкретний перелік Страхових Випадків, обраних за цією Програмою, зазначається в Договорі Страхування.
- 3.5. Якщо інше не визначено умовами Договору Страхування, Програма передбачає страхування на випадок настання Страхового Випадку «Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи» лише до Річниці Договору Страхування після досягнення Застрахованою Особою віку 60 років. З наступної Річниці Договору Страхування після досягнення Застрахованою Особою віку 60 років Договором Страхування може бути передбачений Страховий Випадок «Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку».
- 3.6. У разі настання Страхового Випадку Страховик здійснює Страхову Виплату Застрахованій Особі або Вигодонабувачу відповідно до умов Договору Страхування. Страхова Виплата дорівнює Страховій Сумі (або її частині), узгодженій Сторонами та зазначеній в Договорі Страхування для цієї Програми.
- 3.7. Страхова Виплата здійснюється однією грошовою сумою, якщо інше не передбачено Договором Страхування.
- 3.8. Страхова Виплата здійснюється за таких умов:
- 3.8.1. Страховий Випадок мав місце (Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи була визнана Страховиком) протягом дії Договору Страхування, укладеного відповідно до цієї Програми;
- 3.8.2. Нещасний Випадок, що призвів до настання Страхового Випадку, мав місце протягом дії Договору Страхування, укладеного відповідно до цієї Програми, або Хворобу (захворювання), що призвела (призвело) до настання Страхового Випадку, було вперше діагностовано протягом дії Договору Страхування, укладеного відповідно до цієї Програми;
- 3.8.3. Страховик отримав усі належні документи, що підтверджують настання Страхового Випадку відповідно до Договору Страхування.
-

3.9. Додатково до умов пункту 3.8 цієї Програми Страхова Виплата у разі настання Страхового Випадку, визначеного пункті 3.1.3 та пункті 3.1.4. цієї Програми, здійснюється за таких умов (якщо інше не передбачено Договором Страхування):

3.9.1. Повна непрацездатність, що відповідає критеріям, зазначеним у п. 2.1 цієї Програми, настала після закінчення Періоду відстрочки, якщо він передбачений Договором Страхування;

3.9.2. Хворобу (захворювання), що призвела (призвело) до настання повної непрацездатності Застрахованої Особи, було вперше діагностовано, або Нещасний Випадок, що призвів до настання повної непрацездатності Застрахованої Особи, настав після закінчення Періоду відстрочки, якщо він передбачений Договором Страхування;

3.9.3. Страхувальник або Застрахована Особа надали належне підтвердження (в тому числі, але не обмежуючись документальними) наявності повної непрацездатності Застрахованої Особи безперервно протягом визначеного Мінімального періоду очікування (п.2.5 цієї Програми);

3.9.4. Проте, у разі повної та невідновної втрати зору на обидва ока або втрати через відчленування двох або більше кінцівок (на рівні або вище зап'ястку чи гомілковостопного суглоба) Страховик може не застосовувати Мінімальний період очікування та визнати стан Застрахованої Особи як Постійну та Повну Непрацездатність без застосування Мінімального періоду очікування;

3.9.5. Постійна та Повна Непрацездатність визнається Страховиком після закінчення Мінімального періоду очікування (за винятком випадків, передбачених п.3.9.4 цієї Програми) та до наступної Річниці Договору Страхування після досягнення Застрахованою Особою 60 (шістдесяти) років – за Страховим Випадком, передбаченим пунктом 3.1.3 цієї Програми, або до наступної Річниці Договору Страхування після досягнення Застрахованою Особою 65 (шістдесяти п'яти) років – за Страховим випадком, передбаченим п. 3.1.4 цієї Програми, якщо інший вік не передбачено Договором Страхування.

3.10. У разі настання Страхового Випадку, передбаченого пунктами 3.1.3 та 3.1.4 цієї Програми, Страховик має право вимагати від Страхувальника та Застрахованої Особи надання документів для підтвердження того, що Застрахована Особа працювала на умовах трудового договору (контракту), виконувала роботи на підставі договору цивільно-правового характеру або займалася іншою, не забороненою чинним законодавством діяльністю, пов'язаною з отриманням доходу, станом на дату, коли Хворобу (захворювання) було вперше діагностовано, або на дату настання Нещасного Випадку.

3.11. Страховик має право призначати лікаря для обстеження Застрахованої Особи з метою визначення відповідності стану здоров'я Застрахованої Особи критеріям Страхових Випадків, передбачених пунктами 3.1.3 та 3.1.4 цієї Програми та/або вимагати від Застрахованої Особи проведення аналізу крові Застрахованої Особи, включаючи аналіз крові на ВІЛ, та проходження іншого обстеження, обсяг якого встановлюється Страховиком залежно від характеру непрацездатності. Щодо Страхових Випадків, передбачених пунктами 3.1.1 та

3.1.2 цієї Програми, Страховик також має право вимагати та мати можливість проведення патологоанатомічного розтину у випадку настання смерті, якщо це не заборонено чинним законодавством, та/або ознайомитись та одержати результати патологоанатомічного дослідження.

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

3.13. Загальний розмір Страхових Виплат за цією Програмою не може перевищувати 100% Страхової Суми, вказаної у Договорі Страхування для даної Програми.

4. Критерії можливості страхування, виключення зі Страхових Випадків та обмеження страхування

4.1. Вимоги щодо можливості Страхування.

Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Застрахованою Особою за Договором Страхування, укладеним на підставі цієї Програми, може бути фізична особа, яка відповідає таким критеріям:

4.1.1. Критерій вікового цензу. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, протягом усього строку дії Договору Страхування вік Застрахованої Особи не повинен бути меншим за 18 (вісімнадцять) років та більшим за 65 (шістдесят п'ять) років.

4.1.2. Критерій місця проживання. Протягом усього строку дії Договору Страхування місцем постійного проживання Застрахованої Особи має бути Україна.

4.1.3. Критерій стану здоров'я. Стан здоров'я особи, яка має бути застрахована за умовами цієї Програми, повинен відповідати критеріям Страховика щодо можливості страхування та інформації, що надається Застрахованою Особою на запит Страховика на дату поновлення надання страхових послуг згідно із п.5.3. цієї Програми. Особа, яка має бути застрахована, не повинна мати постійну повну або тимчасову повну непрацевдатність, перебувати на лікарняному або бути госпіталізованою, або мати встановлену групу інвалідності на дату початку дії Договору Страхування.

4.1.4. Критерій працевлаштування. У разі, якщо Договором Страхування, укладеним відповідно до цієї Програми, передбачений Страховий випадок, визначений у пунктах 3.1.3 та/або 3.1.4 цієї Програми, то на дату укладення Договору Страхування та на дату, коли Хворобу (захворювання) було вперше діагностовано, або на дату настання Нещасного Випадку Застрахована Особа повинна працювати на умовах трудового договору (контракту), виконувати роботи на підставі договору цивільно-правового характеру або займатися

іншою не забороненою чинним законодавством діяльністю, пов'язаною з отриманням доходу.

4.2. Виключення

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

4.2.1.1. Подіями, зазначеними у статті 4 Правил та у статті 17 Правил;

4.2.1.2. Хворобою, захворюванням або станом здоров'я Застрахованої Особи, які виникли до початку дії цієї Програми;

4.2.1.3. Заняттям Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змаганням та тренуванням, а також заняттям Застрахованою Особою такими видами спорту на любительському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким кінним спортом, повітряними видами спорту, альпінізмом, видами бойового мистецтва, підводним плаванням, дайвінгом (глибше, ніж 40 м.), стрільбою;

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

4.2.1.5. Проходженням Застрахованою Особою будь-якої строкової або контрактної служби в будь-яких підрозділах збройних сил будь-якої країни або в міжнародних військах незалежно від того, в мирний час, чи під час війни.

4.3. Додатково до випадків, передбачених у п. 4.2 цієї Програми, не визнається Страховим Випадком «Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи» або «Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку» неприцездатність, яку не може бути об'єктивно досліджено та діагностовано, тобто не може бути виявлено та підтверджено за допомогою об'єктивних, інструментальних, лабораторних досліджень, а також неприцездатність, пов'язана з психічними хворобами або будь-якими іншими розумовими або нервовими захворюваннями.

4.4. У випадку подання Застрахованою Особою або Страхувальником свідомо неправдивої інформації стосовно віку Застрахованої Особи та якщо на дату укладення Договору Страхування така Застрахована Особа не відповідала критерію вікового цензу, визначеного у п. 4.1.1, Договір Страхування вважається таким, що не набрав чинності, а відповідна Страхова Премія, сплачена за таким Договором Страхування, підлягає поверненню Страхувальнику. Страховик не буде нести жодних зобов'язань за таким Договором Страхування та не здійснюватиме Страхових Виплат.

5. Страхова Премія

5.1. Страхова Премія сплачується у вигляді щомісячних платежів, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

5.2. Страхова Премія сплачується у строки та у розмірі, що передбачені Договором Страхування.

5.3. Якщо інше не передбачено в Договорі Страхування, у разі несплати чергової Страхової Премії у встановлений Договором Страхування строк Страхувальнику додатково надається Період Поновлення, визначений у пункті 2.9 цієї Програми. Протягом Періоду Поновлення, впродовж якого Страховик не надає страхові послуги за Договором Страхування, Страхувальник звільняється від зобов'язання сплачувати Страхові Премії, це стає лише його правом. Для поновлення надання страхових послуг за Договором Страхування Страхувальник повинен сплатити всі несплачені Страхові Премії за Період Поновлення, а Застрахована Особа повинна відповідати вимогам Страховика щодо можливості страхування, викладеним у пункті 4.1 цієї Програми, на дату сплати таких Страхових Премій та поновлення надання страхових послуг. Якщо протягом Періоду Поновлення не відбулось поновлення надання страхових послуг, Договір Страхування, укладений за цією Програмою, припиняє дію. Сплата Страхувальником будь-яких сум грошових коштів Страховику після припинення дії Договору Страхування не призводить до виникнення у Страховика будь-яких зобов'язань, за винятком зобов'язань з їх повернення.

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

6. Початок і припинення дії Програми

6.1. Датою початку дії цієї Програми є дата, зазначена у Договорі Страхування як дата початку його дії, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

6.2. Дія цієї Програми припиняється:

6.2.1. О 24 годині 00 хвилин за Київським часом дня, визначеного у Договорі Страхування датою припинення дії Договору Страхування;

6.2.2. У разі несплати Страхових Премій протягом Періоду Поновлення, зазначеного у пункті 2.9 цієї Програми;

6.2.3. У разі відмови Страховика у здійсненні Страхової Виплати через надання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей або неповних відповідей Страхувальника на запитання щодо предмета Договору Страхування та інші запитання, поставлені Страховиком;

6.2.4. З дати чергової Річниці Договору Страхування після 65-го дня народження Застрахованої Особи, якщо Договором Страхування передбачено щорічну сплату Страхової Премії; або о 24 годині 00 хвилин за Київським часом дати закінчення періоду, під час якого Застрахована Особа досягла віку 65 років, та за який Страхову Премію було сплачено, якщо Договором Страхування передбачено періодичність сплати чергової Страхової Премії іншу, ніж річна (якщо інше не передбачено Договором Страхування);

6.2.5. У випадку виконання Страховиком зобов'язань щодо здійснення Страхової Виплати за цією Програмою у повному обсязі;

6.2.6. У випадку, якщо Україна перестає бути місцем постійного проживання Застрахованої Особи.

6.3. У разі ухвалення Страховиком рішення щодо здійснення Страхової Виплати за Страховим Випадком «Постійна та Повна Непрацевдатність Застрахованої Особи» або «Постійна та Повна Непрацевдатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку» зобов'язання Страховика за Договором Страхування припиняються з дати ухвалення зазначеного рішення, крім обов'язку здійснити Страхову Виплату за Страховим Випадком «Постійна та Повна Непрацевдатність Застрахованої Особи» або «Постійна та Повна Непрацевдатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку» відповідно.

6.4. Дію Договору Страхування, укладеного відповідно до цієї Програми, може бути припинено в односторонньому порядку однією із Сторін за умови надання іншій Стороні письмового повідомлення щодо припинення дії Договору Страхування в односторонньому порядку, про що Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не менш, як за 30 (тридцять) календарних днів до дати розірвання Договору Страхування.

7. Порядок укладення Договору Страхування

7.1. Договір Страхування може бути укладено в один із таких способів:

7.1.1. шляхом складання та підписання Сторонами одного документу, яким є Договір Страхування, або

7.1.2. в інший спосіб, не заборонений чинним законодавством України.

7.2. У випадку, якщо Договір Страхування укладається у формі, передбаченій пунктом 7.1.1 цієї Програми, то для укладення Договору Страхування Страхувальник повинен надати Страховику:

7.2.1. інформацію щодо предмета Договору Страхування за формою, затвердженою Страховиком;

7.2.2. іншу інформацію або документи, необхідні для проведення оцінки страхових ризиків, на вимогу Страховика.

7.3. У випадку, якщо Договір Страхування укладеться у інший спосіб, ніж складання та підписання одного документа, як передбачено пунктом 7.1.2 цієї Програми, то для укладення Договору Страхування Страхувальнику додатково до документів, визначених у пунктах 7.2.1 та 7.2.2 цієї Програми, необхідно надати Страховику письмову заяву у двох примірниках за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявити про свій намір укласти Договір Страхування за формою, затвердженою Страховиком.

8. Строк та місце дії Договору Страхування

8.1. Строк дії Договору Страхування визначається Сторонами в Договорі Страхування.

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

9. Інші положення

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

- 9.1.1. Автоматичного надання кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);
- 9.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплатеного Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
- 9.1.3. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);
- 9.1.4. Кредиту. Умов надання кредиту (пункт 20.4 Правил);
- 9.1.5. Положення про індексацію для Програми страхування основних ризиків (Додаток 1-16);
- 9.1.6. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25).

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

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

Додаток 1-24**Програма страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок переломів та/або опіків внаслідок Нещасного
випадку
(«Програма»)****1. Предмет страхування**

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

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

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

1.4. Після сплати першої Страхової Премії Страхувальнику надається пільговий період у 30 (тридцять) календарних днів від дати настання терміну платежу будь-якої чергової Страхової Премії. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, Програма припиняє свою дію з дати настання терміну платежу чергової Страхової Премії. Якщо Страховий Випадок, передбачений цією Програмою, стався протягом Пільгового Періоду, суму Страхової Виплати згідно з умовами цієї Програми буде зменшено на суму несплаченої Страхової Премії за Договором Страхування.

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

1.6. Підтвердження сплати Страхової Премії:

1.6.1. Якщо Страхова Премія сплачується через поштові відділення, то підтвердженням такої сплати є квитанція, видана працівником пошти, оформлена та засвідчена належним чином, із зазначенням найменування, адреси та реквізитів Страховика, а також дати та суми платежу;

1.6.2. Якщо Страхова Премія сплачується через установу банку, то підтвердженням такої сплати є квитанція, документ на переказ готівки, платіжне доручення або інший платіжний документ, виданий банком, оформлений та засвідчений належним чином, що засвідчує відповідну операцію.

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

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

1.8. Будь-які Страхові Виплати здійснюються відповідно до положень цієї Програми. Страхові Виплати здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат, що підлягають виплаті відповідно до умов Договору Страхування.

2. Визначення

В цій Програмі наведені нижче терміни матимуть таке значення:

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

2.2. **Перелом** - будь-який травматичний перелом кістки (порушення цілісності кістки) (тріщина; надлом, злом; розрив), спричинений Нещасним випадком незалежно від того, чи призвело це до неприцездатності Застрахованої Особи.

2.3. **Патологічний перелом** - будь-який перелом тієї ділянки кістки, яка вже була вражена захворюванням, що ослабляло кістку (в тому числі розжиження кістки - остеопароз).

2.4. **Опік** - пошкодження шкіри, спричинене контактом з джерелами теплової енергії, хімічними речовинами, хладагентами, охолоджувальними речовинами.

2.5. **Множинний (складний) перелом** - перелом кістки в двох і більше місцях. Подрібнення кістки з більш, ніж двома уламками також вважається складним множинним переломом.

2.6. **Повний перелом** - прорив через всю товщину (весь шар) кістки.

2.7. **Відкритий перелом** - перелом, при якому кінці кістки пошкоджують розташовану над ними шкіру.

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

3. Страховий Випадок та Страхова Виплата

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

3.2. В разі настання Страхового Випадку Страховик здійснить Страхову Виплату у розмірі частини Страхової Суми, встановленої для відповідного перелому або опіку в Таблиці визначення розміру страхових виплат для переломів та опіків.

3.3. Загальна сума Страхових Виплат, яка сплачується щодо двох і більше переломів/опіків внаслідок одного Нещасного Випадку, розраховується шляхом додавання різних сум для кожного з таких переломів/опіків, але загальний розмір не повинен перевищувати Страхової Суми для Страхових Випадків згідно з цією Програмою, зазначеною у Страховому Полісі або у Договорі Страхування.

3.4. Розмір Страхової Виплати на випадок перелому/опіку, що покриваються дією цієї програми, але не наведені в Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для переломів та опіків, розраховується відповідно до їх серйозності у порівнянні з тими випадками, що вказані в Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для переломів та опіків, при цьому не береться до уваги професія чи місце роботи Застрахованої Особи.

4. Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для переломів та опіків

Вид перелому /опіку	Розмір Страхової Виплати, у % від Страхової Суми
Перелом кісток тазу (окрім куприкової кістки):	
Множинний перелом (що включає мінімум один відкритий та один повний)	100
Всі інші відкриті переломи	50
Множинний перелом (що включає мінімум один повний)	30
Прості закриті переломи	20
Переломи стегна або п'яткової кістки:	
Множинний перелом (що включає мінімум один відкритий та один повний)	50
Всі інші відкриті переломи	40
Множинний перелом (що включає мінімум один повний)	30
Прості закриті переломи	18
Переломи основи черепа	50

Переломи великої гомілкової кістки, плечової кістки, променевої кістки або п'ясних кісток	
Множинний перелом (що включає мінімум один відкритий та один повний)	40
Всі інші відкриті переломи	30
Множинний перелом (що включає мінімум один повний)	20
Прості закриті переломи	15
Переломи верхньої або нижньої щелепи зовнішньої кісточки, внутрішньої кісточки, ліктьової кістки	
Множинний перелом (що включає мінімум один відкритий та один повний)	30
Всі інші відкриті переломи	20
Множинний перелом (що включає мінімум один повний)	16
Прості закриті переломи	10
Переломи лопатки, ключиці, надколінка, грудини, кісток передплесни та плесни	
Відкриті переломи	20
Закриті переломи	13
Переломи хребта (окрім куприкової кістки):	
Всі компресійні переломи тіла хребця	20
Переломи остистого та поперечного відростка хребця	7
Переломи лобної, скроневої, тім'яної, потиличної кісток	
Зі вдавненням кісткових відламків	30
Без вдавнення кісткових відламків	10
Переломи одного або більше ребер, кісток лицьового черепа, куприкової кістки або малої гомілкової кістки (за винятком кісточки)	
Множинний перелом (що включає мінімум один відкритий та один повний)	16
Всі інші відкриті переломи	12
Множинний перелом (що включає мінімум один повний)	8
Прості закриті переломи	5
Опіки	
Опіки шкіри II та III ступенів площею 27 % поверхні шкіри або більше (за класифікацією ВООЗ)	100
Опіки шкіри II та III ступенів площею 18-26% поверхні шкіри (за класифікацією ВООЗ)	60
Опіки шкіри II та III ступенів площею 9-17% поверхні шкіри (за класифікацією ВООЗ)	30
Опіки шкіри II та III ступенів площею 4,5-8% поверхні шкіри (за класифікацією ВООЗ).	16

5. Виключення зі Страхових Випадків та обмеження страхування

5.1. Страхові Виплати здійснюються за умови, що:

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

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

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

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

- каскадери;
- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
- репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (в небезпечних зонах);
- циркові артисти (акробати, дресирувальники);
- працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
- персонал збройних сил;
- солдати строкової військової служби;
- службовці військово-повітряних сил – льотний склад;
- професійні спортсмени;
- військові репортери;
- солдати, що перебувають на службі в корпусі миру;
- особисті охоронці;
- аварійно-рятувальні служби у високогірних районах (із використанням вертольотів, альпіністи);
- водолази, працівники, чия діяльність пов'язана із підводним занурюванням;

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

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

5.1.3.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;

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

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

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

5.1.3.8. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, які виникли до Дати Початку або дати поновлення дії цієї Програми;

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

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

5.1.3.11. Нещасний Випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажера на такому транспортному засобі;

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

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

5.1.3.14. Патологічний перелом включаючи переломи внаслідок остеопорозу;

5.1.3.15. Утомний перелом.

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

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

6. Початок дії Програми

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

датою початку дії цієї Програми буде дата, вказана у Договорі Страхування або відповідному Додатку до Договору Страхування.

7. Припинення дії Програми

7.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення. У випадку припинення дії Програми за вимогою будь-якої зі Сторін сплати додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є) згідно з умовами п.4.4 цієї Програми.

7.2. Дія цієї Програми припиняється, та Страховик звільняється від своїх відповідних зобов'язань у випадку виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі - здійснення виплати 100% Страхової Суми внаслідок одного або кількох Нещасних Випадків у випадку переломів кісток та отримання опіків Застрахованою Особою.

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

7.3.1. Застраховану Особу визнано психічно хворою; або

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

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

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

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

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

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

8. Ця Програма як частина Договору Страхування

8.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил щодо:

8.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);

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

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

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

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

8.1.6. Способів здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25 до Правил).

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

8.3. У випадку, якщо Договір Страхування, Страховий Поліс або Додаток до Договору Страхування конкретизує, уточнює або доповнює положення Правил, Програми, пріоритетну силу мають умови Договору Страхування, Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування.

Додаток 1-25

Положення про порядок здійснення Страхових Виплат

(«Положення»)

1. Загальні умови

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

2. Визначення

Для цілей цього Положення наведені нижче терміни матимуть такі значення:

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

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

2.3. **Місячний термін дії Положення** - дата кожного наступного місяця, що відповідає даті Початку дії Положення за умови, що Положення є чинним на таку дату. Кожен наступний Місячний термін дії Положення визначається аналогічно.

2.4. Гарантований період виплат - це період від дати набрання чинності Положенням, до дати, зазначеної у відповідному Додатку до Договору Страхування, протягом якого Страховик здійснюватиме виплати згідно з підпунктом 6.4 цього Положення незалежно від того, чи живий Одержувач. Одержувач має право обрати один з варіантів тривалості Гарантованого періоду виплат:

- 10 років;
- 15 років;
- 20 років.

2.5. 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.

2.6. 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.

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

3. Помилкове зазначення віку та статі

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

4. Умови здійснення Виплати

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

4.2. Страховик встановлює мінімальний можливий розмір щомісячного ануїтету, сплачуваного Страховиком згідно з пунктами 6.1-6.5 цього Положення. У разі, якщо розмір розрахованої Ануїтетної Виплати буде

меншим, ніж мінімальний можливий розмір ануїтету, Положення не набере чинності, і у цьому випадку Страхову Виплату за таким Договором Страхування буде здійснено однією грошовою сумою. Щодо пункту 6.5 цього Положення мінімальний можливий розмір ануїтету також застосовується до виплати щомісячного ануїтету подружжю Одержувача.

4.3. Ануїтетну Виплату має бути здійснено не пізніше 5 (п'яти) робочих днів після настання кожного Місячного терміну дії Положення. Датою здійснення Ануїтетної Виплати вважається дата перерахування такої Виплати Страховиком.

5. Підтвердження дожиття або настання смерті

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

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

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

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

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

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

6. Способи здійснення Страхових Виплат

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

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

Якщо суму Виплати неможливо розділити нарівно відповідно до суми обумовлених у відповідному Додатку до Договору Страхування частин, то сума останньої Ануїтетної Виплати збільшиться на остачу від ділення суми Виплати на суму обумовленої Ануїтетної Виплати, та її буде сплачено згідно з умовами цього Положення.

6.2. Спосіб II – Ануїтет на строк, сплачуваний протягом обумовленого терміну. Ануїтетні Виплати здійснюються щомісяця 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 розділом 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 згідно з цим Положенням здійснюється Одержувачу щомісяця, поки він залишається живим, що має бути підтверджено згідно з пунктами 5.1-5.3 цього Положення, у розмірі та у порядку, як передбачено відповідним Додатком до Договору Страхування. У випадку смерті Одержувача здійснення будь-яких виплат Страховиком припиняється, і Положення припиняє свою дію.

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

6.5. Спосіб V – Довічний ануїтет, який може бути переданий подружжю Одержувача у розмірі 60% від суми Довічного ануїтету. Ануїтетні Виплати згідно з умовами цього Положення здійснюється Одержувачу, поки він залишається живим, що має бути підтверджено згідно з пунктами 5.1-5.3 цього Положення. Після смерті Одержувача 60% від суми довічного ануїтету сплачуватиметься подружжю Одержувача, чиє ім'я зазначене у Заяві на застосування Положення до Договору Страхування та у відповідному додатку до Договору Страхування, поки він/вона залишається живою, що має бути підтверджено згідно з пунктами 5.1-5.3 цього Положення.

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

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

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

7. Право на Негарантований бонус

Протягом всього строку дії Положення Одержувач (або, щодо пункту 6.5 цього Положення та після смерті Одержувача, подружжя Одержувача) має право на Негарантований бонус, отриманий Страховиком від інвестування сум відповідного математичного резерву (далі – «Негарантований бонус»). Негарантований бонус розраховується як різниця між задекларованим доходом Страховика та величиною інвестиційного доходу, визначеного згідно з відповідним Додатком до Договору Страхування. Доля участі Одержувача (або, щодо пункту 6.5 цього Положення та після смерті Одержувача, подружжя Одержувача) в частині різниці між задекларованим доходом Страховика та величиною інвестиційного доходу встановлена на рівні не менше 85%. Негарантований бонус розраховується в кінці кожного року, за умови, що Положення діяло протягом року, та базується на середній величині відповідного математичного резерву в цьому році. Одержувач (або, щодо пункту 6.5 цього Положення та після смерті Одержувача, подружжя Одержувача) має право отримати Негарантований бонус однією грошовою сумою. Негарантований бонус сплачується разом із сумою Ануїтетної Виплати, дата сплати якої є наступною за датою оголошення результатів фінансової діяльності Страховика за попередній календарний рік, але не пізніше, ніж до кінця року, наступного за роком, за який відбувається нарахування Негарантованого бонусу. Однак, якщо ставка доходу від інвестицій суми математичного резерву є меншою від величини інвестиційного доходу, тоді Негарантований бонус розраховуватися не буде. 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. Додатково до Статті 18 Правил, дія цього Положення припиняється:

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

- з дати припинення дії цього Положення, як визначено у відповідному Додатку до Договору Страхування; або

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

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

в) щодо підпункту 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 підпункту 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 положення Правил добровільного страхування життя припиняють свою дію, окрім тих, що залишаються чинними, а саме:

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

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

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

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

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

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

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «АЛКО УКРАЇНА»

НАКАЗ № 30/1-к

04 лютого 2013 року

м. Київ

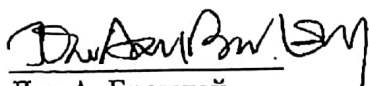
«Про введення в дію змін та доповнень до Правил добровільного страхування життя, зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг України, 27.12.2012 року за реєстраційним номером 0112083»

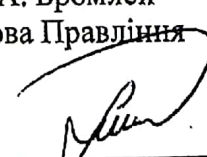
У зв'язку з реєстрацією Національною комісією, що здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг України, змін та доповнень до Правил добровільного страхування життя 27.12.2012 року за реєстраційним номером 0112083 (надалі – зміни та доповнення №3 до Правил страхування)

НАКАЗУЮ:

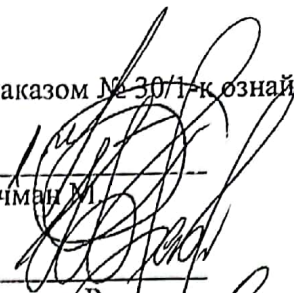
1. Зміни та доповнення до Правил страхування набувають чинності з 1 березня 2013 року.
2. Повідомити Завідувача сектора оцінки ризиків та нової продукції Бражника Р. про реєстрацію Національною комісією, що здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг України змін та доповнень №3 до Правил страхування, що набирають чинності з 01.03.2013р. для забезпечення укладання Договорів Страхування, що укладатимуться за Заявами про страхування, підписаними з 01.03.2013р, на підставі Правил страхування зі змінами та доповненнями №3 до Правил страхування.
3. Старшому спеціалісту з розроблення продуктів Чучман М. в строк до 10.02.2013р. вжити всіх необхідних заходів, спрямованих на впровадження змін та доповнень №3 до Правил страхування.
4. Спеціалісту відділу маркетингу Белоножко Г. до 25.02.2013р. розробити макети нових Заяв про страхування та інші документи, в тому числі рекламні матеріали Товариства, застосовуючи Правила страхування зі змінами та доповненнями №3 до Правил страхування, та узгодити з відповідними відділами Товариства. Починаючи з 01.03.2013р., для друку нових Заяв про страхування та інших документів Товариства, в тому числі рекламних матеріалів, використовувати виключно Правила страхування зі змінами та доповненнями до Правил страхування №3. Починаючи з 01.03.2013р. забезпечувати отримання всіма страховими агентами нових заяв про страхування та інших документів Товариства, в тому числі навчальних матеріалів, що містять Правила страхування зі змінами та доповненнями №3 до Правил страхування.
5. Директору відділу по роботі з фінансовими установами Сизій Г. в строк до 01.03.2013р. повідомити фінансові установи – партнерів про впровадження та набуття чинності змінами та доповненнями №3 до Правил страхування з 01.03.2013р.

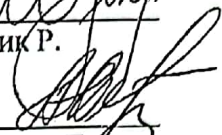
6. Директору відділу з розвитку дистриб'юторської мережі Белянській І. в строк до 01.03.2013р. повідомити юридичні особи – партнерів Товариства про впровадження та набуття чинності змінами та доповненнями №3 до Правил страхування з 01.03.2013р.
7. Директору Агенції Мішину К. в строк до 01.03.2013р. повідомити страхових агентів про впровадження та набуття чинності змінами та доповненнями №3 до Правил страхування з 01.03.2013р.
8. Начальнику відділу підтримки продажу Лимар В. починаючи з 01.03.2013р. забезпечувати отримання всіма страховими агентами нових документів Товариства.
9. Начальнику відділу тренінгів Ганецькій Л. провести в строк до 01.04.2013р. всі необхідні семінари, тренінги, навчальні заходи, конференції тощо, спрямовані на ознайомлення всіх страхових агентів та фінансових установ – партнерів Товариства з Правилами страхування зі змінами та доповненнями №3 до Правил страхування та повідомлення про набуття ними чинності з 01.03.2013р.
10. Договори Страхування, що набрали чинності до 01.03.2013р. вважаються дійсними та до них застосовуються Правила страхування, зареєстровані Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 28.01.2008р. за реєстраційним номером 0180038 зі змінами та доповненнями №1 та №2, зареєстрованими Держфінпослуг 09.07.2009р. за реєстраційним номером 0190457 та 29.12.2010р. за реєстраційним номером 0110016.
11. Починаючи з 01.03.2013р. Товариством припиняється укладання Договорів Страхування на підставі Правил страхування, зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 28.01.2008р. за реєстраційним номером 0180038 зі змінами та доповненнями №1 та №2 зареєстрованими Держфінпослуг 09.07.2009р. за реєстраційним номером 0190457 та 29.12.2010р. за реєстраційним номером 0110016, але дія таких Правил страхування не припиняється для Договорів Страхування, що були укладені на їх підставі.
12. Наказ довести до відома начальників відділів Товариства та інших зацікавлених осіб.
13. Контроль за виконанням наказу покласти на Першого Заступника Голови Правління Пікулу А.С.
14. Цей наказ набуває чинності з 04.02.2013р.

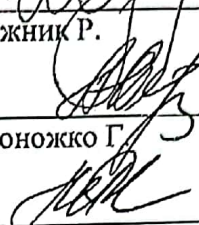

Дж. А. Бромлей
Голова Правління

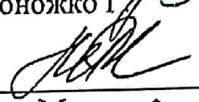

А. С. Пікула
Перший Заступник
Голови Правління

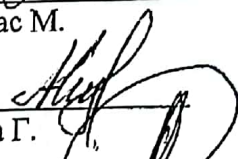
З наказом № 30/1-к ознайомлені:

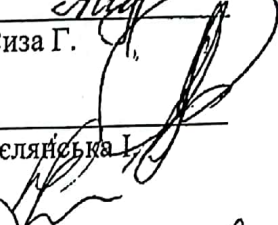

Чучман М.

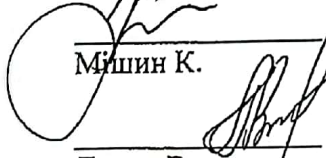

Бражник Р.



Белоножко Г.

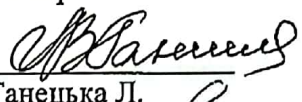

Ромас М.



Сиза Г.


Белянська І.


Мішин К.


Лимар В.


Ганецька Л.


Кандиба С.