

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор  
ПрАТ «АСК «ІНГО УКРАЇНА ЖИТТЯ»

  
Т.С. Рижова  
ІНГО Україна Життя  
Ідентифікаційний код 35333145

«25» січня 2016 року



**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «АКЦІОНЕРНА СТРАХОВА  
КОМПАНІЯ «ІНГО УКРАЇНА ЖИТТЯ»**

ЗМІНИ ТА ДОПОВНЕННЯ № 2  
ДО ПРАВИЛ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ У ВИГЛЯДІ  
ВИКЛАДЕННЯ ЗАЗНАЧЕНИХ ПРАВИЛ В НОВІЙ РЕДАКЦІЇ

«Національна комісія, що здійснює  
державне регулювання у сфері  
ринків фінансових послуг»  
Вх. № 553/СК Арк. 1к  
«26» 01 2016 р.

*Handwritten mark*

## Частина I. Загальні умови для всіх Програм страхування.

### 1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ

1.1. Найменування й поняття, які застосовуються в Правилах страхування, в ряді випадків спеціально пояснюються відповідними визначеннями. Якщо значення якого-небудь найменування або поняття не визначено Правилами страхування, законодавчими й нормативними актами України, то таке найменування або поняття використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

1.2. У редакції Правил застосовуються наступні визначення:

1.2.1. **Нещасний випадок** – зовнішня, короткочасна (до декількох годин) подія, яка фактично відбулася під впливом різних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, механічних і т.п.), характер, час і місце якої можуть бути однозначно визначені, що настала в період терміну страхування і виникла раптово, ненавмисно, всупереч волі Застрахованої особи, що спричинило за собою заподіяння шкоди життю та здоров'ю Застрахованої особи.

Не є нещасним випадком, в розумінні цих Правил захворювання, що гостро виникли або хронічні захворювання та їх ускладнення (як раніше діагностовані, так і вперше виявлені), спровоковані впливом зовнішніх чинників, зокрема інфаркт міокарду, інсульт, аневризм, пухлини, функціональна недостатність органів, вроджені аномалії органів.

1.2.2. **Хвороба (захворювання)** – діагностоване Кваліфікованим спеціалістом (в галузі охорони здоров'я) на підставі об'єктивних симптомів, не викликане нещасним випадком порушення нормальної життєдіяльності організму, обумовлене функціональними та/або морфологічними змінами.

1.2.3. **Кваліфікований спеціаліст (в галузі охорони здоров'я)** – спеціаліст, який має закінчену та зареєстровану вищу медичну освіту та здійснює медичну діяльність згідно вимог чинного законодавства.

1.2.4. **Медичний заклад (установа)** – заклад охорони здоров'я, незалежно від форми власності, який має встановлені законодавством ліцензії на здійснення медичної діяльності.

1.2.5. **Програма страхування** – встановлений Страховиком перелік умов страхування, які є основою для укладання Договору страхування. Програми страхування наведено у Частині II до Правил і є їх невід'ємною частиною.

1.2.6. **Дожиття або досягнення віку** – факт дожиття Застрахованої особи до календарного дня (до 24.00 годин), визначеного в Договорі страхування.

1.2.7. **Ануїтет** – регулярні, послідовні страхові виплати, що здійснюються протягом обумовленого періоду часу або довічно (у вигляді довічної пенсії).

1.2.7.1. **Період очікування ануїтету** – проміжок часу між вступом у дію Договору страхування і першою виплатою ануїтету.

1.2.7.2. **Накопичувальний період ануїтету** – період, що починається від дня сплати першого страхового платежу й закінчується у день, що передує першій даті виплати ануїтету.

1.2.7.3. **Період виплат ануїтету** – період, впродовж якого здійснюється виплата ануїтету. Період виплат ануїтету починається з дати першої виплати ануїтету. Виплата ануїтету може здійснюватись до дати закінчення виплати ануїтету або до дати смерті Застрахованої особи та містити Гарантований період виплат ануїтету.

1.2.7.4. **Гарантований період виплат ануїтету** – період, що починається з першої дати виплати ануїтету й закінчується у день, що визначається угодою сторін Договору страхування відповідно до Правил. Гарантований період виплат ануїтету є частиною періоду виплат ануїтету.

1.2.8. **Інвалідність** – соціальна недостатність (дезадаптація), встановлена уповноваженим медичним закладом, внаслідок обмеження життєдіяльності людини, яка викликана порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, що призводить до необхідності соціального захисту і допомоги.

1.2.9. **Попередній стан** - будь-яке порушення здоров'я (розлад, захворювання), травма, каліцтво, вроджена чи набута патологія, хронічне або гостре захворювання, психічний чи нервовий розлад, яке у Застрахованої особи вже було діагностовано і про яке Застрахована особа повинна була знати, що існують на момент укладення Договору страхування (або на момент, коли Застрахована особа була вперше прийнята на страхування за умови безперервного здійснення страхування Страховиком), або виявлялося протягом 12 місяців до укладення Договору страхування. Такі

стани також включають в себе будь-які ускладнення або наслідки, пов'язані із зазначеними станами.

1.2.10. **Річниця Договору страхування** – календарна дата, місяць і день якої збігаються з визначеною (передбаченою) Договором страхування датою початку страхування, за винятком випадків, коли дата початку страхування за Договором припадає на 29 лютого. У разі якщо дата початку страхування за Договором припадає на 29 лютого, то в не високосні роки страховою річницею вважається 28 лютого.

1.2.11. **Викупна сума** – це сума, яка виплачується Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору страхування життя та розраховується математично на день припинення Договору страхування життя залежно від періоду, протягом якого діяв Договір страхування життя, згідно з методикою, яка проходить експертизу в Уповноваженому органі, здійснена актуарієм і є невід'ємною частиною Правил страхування.

1.2.12. **Вигодонабувач** – юридична або фізична особа, якій належить право на отримання страхової виплати. Вигодонабувачем є Застрахована особа, якщо інше не передбачено Договором страхування. У разі смерті Застрахованої особи Вигодонабувачем визнається особа, зазначена в Договорі страхування як Вигодонабувач на випадок смерті Застрахованої особи. Призначення Вигодонабувача (іншого, ніж Застрахована особа) може бути зроблено тільки з письмової згоди Застрахованої особи.

1.2.13. **Катастрофа** – раптова, швидкоплинна подія, викликана силами природи чи діяльністю людини, що спричинила численні людські втрати, завдала шкоди чи створила загрозу здоров'ю значній кількості людей, руйнування чи знищення об'єктів та інших матеріальних цінностей у значних розмірах, а також завдала серйозної шкоди довкіллю.

## 2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Правила добровільного страхування життя (надалі по тексту — “Правила”) ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «АКЦІОНЕРНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНГО УКРАЇНА ЖИТТЯ» (надалі по тексту — “Страховик”) розроблені на підставі та у відповідності до Закону України «Про страхування» та інших законодавчих актів України з метою регулювання порядку і умов укладання, виконання, зміни і припинення договорів добровільного страхування життя.

2.2. На підставі Правил Страховик укладає з фізичними та юридичними особами (надалі по тексту — “Страхувальник”) Договори добровільного страхування життя (надалі по тексту — “Договір страхування”). Страхувальниками за Договором страхування можуть бути юридичні особи (підприємства, організації і установи незалежно від форми власності), фізичні особи-підприємці та фізичні особи з повною цивільною дієздатністю.

2.3. Страхувальники мають право укладати із Страховиком Договори страхування про страхування третіх осіб (надалі по тексту — “Застрахована особа”) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених законодавством України. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

2.4. У випадку, якщо Договір страхування укладений Страхувальником на користь Застрахованої особи, то останній може набувати прав та обов'язків Страхувальника, передбачених Правилами та Договором страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

2.5. Страхувальники мають право при укладанні Договору страхування призначати за згодою Застрахованої особи фізичних або юридичних осіб (надалі по тексту — “Вигодонабувачів”) для отримання страхових виплат по Договору страхування, а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

2.6. У разі визнання судом Страхувальника/Застрахованої особи – громадянина недієздатною, безвісно відсутньою його права і обов'язки за Договором страхування переходять до його опікуна, відповідно до законодавства України. У разі визнання судом Страхувальника/Застрахованої особи – фізичної особи обмежено дієздатним він здійснює свої права і обов'язки Страхувальника/Застрахованої особи за Договором страхування лише за згодою піклувальника.

2.7. Особа, яка на момент укладання Договору страхування страждає онкологічними захворюваннями, важкими захворюваннями серцево-судинної системи, психічними захворюваннями, важкими захворюваннями нервової системи, особа з уродженими аномаліями й пороками розвитку, інвалід I, II або III групи, дитина-інвалід або інвалід з дитинства, носій ВІЛ або хвора на СНІД, а також особа яка

перебуває на обліку в психоневрологічному, протитуберкульозному, та/або наркологічному диспансері, може бути Застрахованою особою за згодою Страховика і лише за умови, що до укладання Договору страхування Страховик був письмово повідомлений Страхувальником про наявність зазначених обставин. Якщо після укладення Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник/Застрахована особа повідомив Страховика про Застраховану особу завідомо неправдиві відомості про обставини, зазначених у цьому пункті, Страховик має право вимагати визнання Договору страхування недійсним щодо такої особи.

2.8. Грошові зобов'язання сторін по договорах 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.

### **3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

3.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси Застрахованої особи, що не суперечать закону, і пов'язані із життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням Застрахованої особи.

### **4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ**

4.1.  є подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася в період дії Договору страхування, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику, Застрахованій особі, Вигодонабувачеві або іншим третім особам.

4.2.  є певні події, на випадок яких проводиться страхування, що мають ознаки ймовірності та випадковості настання. В залежності від умов Програми страхування (Програми А-Н Частини II Правил) страховими ризиками можуть бути:

4.2.1. смерть Застрахованої особи протягом всього строку дії Договору страхування або протягом періоду очікування;

4.2.2. дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору страхування;

4.2.3. досягнення Застрахованою особою пенсійного віку або віку, який визначено у Договорі страхування.

4.3. Умовами Договору страхування згідно Основних програм А – Н та Додаткових програм I-N Частини II Правил можуть передбачатись додаткові страхові ризики (додаткове страхування):

4.3.1. смерть Застрахованої особи в результаті нещасного випадку;

4.3.2. встановлення Застрахованій особі інвалідності I та/або II та/або III групи або категорії «дитина-інвалід до досягнення віку 18 років» в результаті нещасного випадку;

4.3.3. постійна повна або часткова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті нещасного випадку;

4.3.4. тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті нещасного випадку;

4.3.5. тілесні ушкодження Застрахованої особи в результаті нещасного випадку;

4.3.6. розлад здоров'я Застрахованої особи в результаті нещасного випадку;

4.3.7. інвалідність I та/або II групи, якщо вона встановлена Застрахованій особі протягом строку дії Договору страхування;

4.3.8. смерть Застрахованої особи в результаті хвороби;

4.3.9. встановлення Застрахованій особі інвалідності I та/або II та/або III групи або категорії «дитина-інвалід до досягнення віку 18 років» в результаті хвороби;

4.3.10. тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби;

4.3.11. смерть Застрахованої особи в результаті дорожньо-транспортної пригоди;

4.3.12. смерть Застрахованої особи в результаті авіакатастрофи;

4.3.13. смерть Застрахованої особи в результаті катастрофи на транспорті;

4.3.14. смерть Застрахованої особи в результаті злочинного нападу третіх осіб;

4.3.15. встановлення Застрахованій особі лікарем, який має необхідну кваліфікацію, заключного діагнозу критичного захворювання або проведення Застрахованій особі хірургічних операцій;

4.3.16. госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

- 4.3.17. госпіталізація Застрахованої особи внаслідок хвороби;
- 4.3.18. екстрена госпіталізація Застрахованої особи;
- 4.3.19. проведення Застрахованій особі кваліфікованим спеціалістом хірургічних операцій, причому хвороба, яка потребує хірургічного лікування, повинна бути вперше діагностована в період дії Договору страхування;
- 4.3.20. постійна повна втрата працездатності Застрахованої особи в результаті нещасного випадку та/або захворювання;
- 4.3.21. постійна часткова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті нещасного випадку та/або захворювання.
- 4.4. Смерть та встановлення інвалідності I, II або III групи, що настали в результаті нещасного випадку, що мав місце впродовж дії Договору страхування, визнаються страховими випадками, якщо вони настали не пізніше, ніж протягом 1 (одного) року з дня нещасного випадку.
- 4.5. Якщо страховий випадок, що відбувся із Застрахованою особою, обумовив настання послідовності подій, зазначених у пп. 4.2.1., 4.3.1. - 4.3.10., 4.3.20., 4.3.21. Правил, визнаних страховими випадками, то, якщо інше не передбачено Договором страхування, розмір страхової виплати по кожному черговому страховому випадку із цієї послідовності зменшується на суму страхової виплати раніше здійснених Страховиком у зв'язку з даним страховим випадком.

## 5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ

5.1.  є грошова сума, у межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. Розмір страхової суми зазначається в Договорі страхування.

Загальна сума страхових виплат, що здійснюються Страховиком за Програмою страхування чи окремим ризиком, не може перевищувати 100 % від страхової суми, що встановлена Договором страхування для такої Програми страхування чи окремого ризику. При досягненні загальної суми страхових виплат за певною Програмою страхування чи певним ризиком розміру страхової суми за такою Програмою чи ризиком Страховик звільняється від подальших зобов'язань стосовно страхових випадків, передбачених такою Програмою страхування чи ризиком.

5.2.   а є встановлений у Договорі страхування граничний припустимий розмір страхових виплат, при досягненні якого Договір страхування припиняє свою дію в цілому або відносно окремих страхових ризиків чи окремої Застрахованої особи, по якій був досягнутий ліміт відповідальності Страховика. Ліміт відповідальності Страховика визначається Договором страхування.

5.3. Страхова сума може бути встановлена по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, Договору страхування в цілому у межах ліміту відповідальності Страховика. Страхова сума або ліміт відповідальності Страховика встановлюється за згодою сторін при укладанні Договору страхування як у національній валюті України, так і у вільно конвертованій валюті або розрахункових величинах.

5.4. Страхова сума та ліміт відповідальності Страховика не встановлюється для страхового випадку, у разі настання якого здійснюються регулярні, послідовні страхові виплати у вигляді анuitету. У цьому випадку страховою сумою вважається сума щорічної страхової виплати (анuitету) Застрахованій особі.

5.5. Договором страхування обов'язково передбачається збільшення розміру страхової суми та (або) розміру страхових виплат на суми (бонуси), які визначаються Страховиком один раз на рік за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів резервів із страхування життя за вирахуванням витрат Страховика на ведення справи у розмірі до 15 відсотків отриманого інвестиційного доходу та обов'язкового відрахування в математичні резерви частки інвестиційного доходу, що відповідає розміру інвестиційного доходу, який застосовується для розрахунку страхового тарифу за Договором страхування.

Розмір додаткових страхових зобов'язань, які нараховані на страхову суму, щорічно друкується у звітах Страховика, а також повідомляється Страхувальнику письмово, та не може бути у подальшому зменшений у односторонньому порядку.

5.6. Страховик має право збільшити розмір страхової суми та (або) страхової виплати на суми (бонуси), які визначаються Страховиком один раз на рік за іншими фінансовими результатами його діяльності (участь у прибутках Страховика).

5.7. Договором страхування життя може бути передбачено індексацію (зміну) за офіційним індексом інфляції розміру страхової суми та (або) страхових виплат протягом дії Договору страхування життя за умови відповідної індексації (зміни) розміру страхового платежу (страхового внеску, страхової премії).

5.8. Збільшення розміру додаткових страхових зобов'язань, які нараховані на страхову суму, не потребує внесення змін до Договору страхування. Прийняті Страховиком додаткові страхові зобов'язання щорічно повідомляються Страхувальнику письмово та не можуть бути у подальшому зменшені в односторонньому порядку.

## **6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

6.1. Якщо інше не передбачене умовами Договору страхування, події, зазначені в пп.4.2.1.,

4.3. Правил, не визнаються страховими випадками, якщо вони сталися в результаті:

6.1.1. навмисних дій Страхувальника, Застрахованої особи або особи, яка згідно з Договором страхування, Правил або законодавством України є Вигодонабувачем, а також осіб, які діють за їх дорученням або представляють їх інтереси, спрямовані на настання страхового випадку, або випадку, що має ознаки страхового. 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 зазначених осіб встановлюється відповідно до законодавства України;

6.1.2. вчинення (спроби вчинення) Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

6.1.3. алкогольного сп'яніння або отруєння Застрахованої особи (вміст спирту в крові 0,3 % та більше), наркотичного або токсичного сп'яніння або отруєння в результаті вживання нею наркотичних, сильнодіючих та / або психотропних речовин, медичних препаратів без призначення лікаря (або за призначенням лікаря, але з порушенням вказаного ним дозування);

6.1.4. самогубства Застрахованої особи (замаху на самогубство), якщо на момент самогубства (замаху на самогубство) Договір страхування діяв менше трьох років (або продовжувався таким чином, що страхування діяло безперервно менше трьох років), а також при навмисному скаліченні Застрахованої особи, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до цього протиправними діями третіх осіб;

6.1.5. керування Застрахованою особою транспортним засобом без права на керування цим транспортним засобом, або передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, яка не мала прав на керування цим засобом;

6.1.6. управління Застрахованою особою транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або під впливом сильнодіючих та/або психотропних речовин, медичних препаратів, при застосуванні яких протипоказано керування транспортними засобами, або передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, яка перебувала в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або під впливом сильнодіючих та/або психотропних речовин, медичних препаратів, при застосуванні яких протипоказано керування транспортними засобами;

6.1.7. ядерних вибухів, радіації. Радіоактивного, хімічного, біологічного забруднення (зараження) внаслідок катастрофи. Застосування хімічної, біологічної, біохімічної або електромагнітної зброї;

6.1.8. війни, вторгнення іноземного ворога, військових дій (оголошених або неоголошених) та їх наслідків, диверсій, громадянської війни, повстання, бунту, революції, народних заворушень, страйків, терористичних/антитерористичних акцій, використання та зберігання зброї та боєприпасів;

- 6.1.9. під час проходження Застрахованою особою військової служби, участі у військових зборах та навчаннях, маневрах, випробуваннях військової техніки або інших подібних операціях як військовослужбовця або цивільного службовця;
- 6.1.10. польоту Застрахованої особи на літальному апараті або керування ним, крім випадків польоту як пасажир на рейсовому літаку або вертольоті цивільної авіації, яким керував професійний пілот;
- 6.1.11. професійних занять Застрахованою особою спортом, занять будь-яким видом спорту на систематичній основі, спрямованих на досягнення спортивних результатів; під час участі в змаганнях, гонках чи інших небезпечних хобі (наприклад, альпінізм, занурення під воду на глибину понад 40 метрів, в підводні печери, до останків судів або будівель, що знаходяться на дні, незалежно від глибини занурення, стрибки з парашутом, скачки, скелелазіння), якщо до укладання Договору страхування Страховик не був письмово повідомлений Страхувальником чи Застрахованою особою про такі заняття. Страховиком можуть бути визнані, якщо це передбачено Договором страхування, страхові випадки, які відбулись під час аматорських занять Застрахованою особою спортом на разовій основі (наприклад, на період відпустки, канікул або у вихідні дні) сноубордом, скейтбордом, гірськими лижами, водними лижами; підводне плавання без застосування акваланга, прогулянки на конях, піші походи без застосування альпіністського спорядження, їзда на велосипеді (крім тріалу або швидкісного спуску), а також інші види діяльності, які не можна розглядати як небезпечні, не можна віднести до професійного спорту або систематичних тренувань, спрямованих на досягнення спортивних результатів;
- 6.1.12. під час перебування Застрахованої особи в місцях позбавлення волі, а також в ізоляторах тимчасового утримання та інших установах, призначених для утримання осіб, підозрюваних або звинувачених у скоєнні злочину;
- 6.1.13. виконання смертельного вироку суду;
- 6.1.14. під час участі в мотокросі, тріалі; мотогонках, автогонках чи інших гонках на швидкість; інших змаганнях, а також під час їзди на мотоциклі чи іншому двоколісному моторизованому транспортному засобі при температурі навколишнього середовища або дорожнього покриття нижче нуля;
- 6.1.15. хвороби Застрахованої особи, прямо або побічно пов'язаної з ВІЛ-інфекцією;
- 6.1.16. в результаті прямого або непрямого впливу психічного захворювання, якщо нещасний випадок стався з психічно хворою Застрахованою особою;
- 6.1.17. під час епілептичного нападу (чи інших судомних або конвульсивних нападів);
- 6.1.18. в результаті попередніх станів та їх наслідків;
- 6.1.19. умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші обмеження і виключення, пов'язані зі здоров'ям, працездатністю, віком або життям Застрахованої особи, які не суперечать законодавству.

## 7. СТРАХОВА ПРЕМІЯ ТА СТРАХОВИЙ ТАРИФ

7.1.  є плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

Розмір страхової премії визначається в Договорі страхування з урахуванням розміру страхових сум по кожному ризику, страхового тарифу, розрахованих згідно умов кожної Програми страхування та Договору страхування.

7.2.  – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за певний період страхування.

Розмір страхового тарифу для Застрахованої особи визначається згідно з Додатками №1 до Правил з урахуванням віку, статі, строку страхування, ставки інвестиційного доходу, яка використовувалась при розрахунку страхового тарифу. У кожному конкретному випадку в залежності від чинників, які суттєво впливають на характер страхового ризику (стан здоров'я, наявність шкідливих звичок, стиль життя, рід діяльності Застрахованої особи), Страховик може застосовувати для розрахунку остаточного розміру страхового тарифу відповідно понижуючі та підвищувальні корегувальні коефіцієнти, розміри яких визначаються відповідно до Додатку №1 до Правил.

Методика розрахунку страхових тарифів визначена в Додатку №2 до Правил.

7.3. Страхова премія вноситься Страхувальником у формі, порядку та строки, передбачені Договором страхування.

7.4. При оплаті страхової премії в безготівковій формі, премія вважається оплаченою з моменту зарахування грошей на розрахунковий рахунок Страховика. При оплаті готівкою – премія вважається оплаченою з моменту внесення коштів у касу Страховика або його представника (агента), що підтверджується відтиском печатки/штампу на розрахунковому документі із зазначення дати внесення коштів.

7.5. Залежно від Програми страхування, Договором страхування може передбачатися один з наступних порядків сплати страхової премії:

7.5.1. одноразово при укладанні Договору страхування;

7.5.2. в розстрочку (частинами) щорічними, піврічними, щоквартальними або щомісячними платежами до закінчення передбаченого Договором терміну сплати страхової премії;

7.5.3. в розстрочку (частинами) щорічними, піврічними, щоквартальними або щомісячними платежами до закінчення передбаченого Договором терміну сплати страхової премії із правом на звільнення від їхньої сплати до закінчення терміну встановлення інвалідності, якщо Страхувальнику буде встановлена I або II група інвалідності (п.4.3.7.Правил). Даний порядок сплати страхових внесків допускається лише в тому разі, коли Застрахована особа є Страхувальником. Якщо інвалідність не продовжується на новий термін Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховикові про закінчення терміну, на який йому була встановлена I або II група інвалідності, та відновити сплату страхових внесків.

7.6. Якщо інше не передбачено Програмою страхування або Договором страхування, термін сплати страхових премій в розстрочку (частинами) установлюється рівним строку дії Договору страхування.

7.7. Страхові премії сплачуються до дат, зазначених у Договорі страхування. При цьому Страхувальнику надається наступний період (надалі – “Пільговий період”), протягом якого можна сплатити страховий платіж без відповідного зменшення (редукування) страхової суми згідно умов пп.7.8.-7.11.Правил:

7.7.1. при сплаті страхової премії один раз на рік – не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів від дати сплати, зазначеної в Договорі страхування;

7.7.2. при сплаті страхової премії два рази на рік – не пізніше 20 (двадцяти) календарних днів від дати сплати, зазначеної в Договорі страхування;

7.7.3. при сплаті страхової премії щокварталу – не пізніше 10 (десяти) календарних днів від дати сплати, зазначеної в Договорі страхування;

7.7.4. при сплаті страхової премії щомісяця - не пізніше 5 (п'яти) календарних днів від дати сплати, зазначеної в Договорі страхування.

Методика редукування страхових сум визначена в Додатку №2 до Правил.

7.8. У випадку, якщо Страхувальник не вніс черговий платіж протягом строків, вказаних у Договорі страхування, Страховик в односторонньому порядку має право зменшити (редувати) розмір страхової суми та (або) страхових виплат, виходячи з фактично сплачених страхових премій, при цьому Страховик цілком звільняється від здійснення страхової виплати за додатковими ризиками, що передбачені п.4.3.Правил (Додатковими програми I-N Частини II Правил), з 00 годин 00 хвилин за київським часом дати наступної за тією, що зазначена як строк сплати страхової премії, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. Відповідальність Страховика за додатковими ризиками, що передбачені п.4.3.Правил (Додатковими програми I-N Частини II Правил), виникає згідно умов Договору страхування, але тільки за тими страховими випадками, що сталися після повного погашення заборгованості по сплаті платежів, при цьому строк дії Договору страхування не змінюється.

Продовження дії Договору страхування можливе при умові, якщо розмір страхової суми після редукування не виявиться нижчим за мінімальний розмір страхової суми, передбачений умовами Договору страхування. Якщо інше не передбачено Договором страхування, мінімальна страхова сума не може бути меншою ніж розмір щорічної страхової премії для конкретної Застрахованої особи за відповідною Програмою страхування. У протилежному випадку дія Договору страхування припиняється з 00 годин 00 хвилин за київським часом дати виникнення заборгованості по сплаті страхових платежів, і Страхувальнику виплачується викупна сума.



Методика розрахунку розміру викупних сум визначена в Додатку №2 до Правил.

7.9. Про редуковану страхову суму або розмір викупної суми Страховик повідомляє Страхувальника протягом 30 (тридцяти) календарних днів після закінчення пільгового періоду.

7.9.1. Договір страхування з редукованою страховою сумою діє починаючи з дня наступного за останнім днем сплати чергового платежу, що не був сплачений.

7.9.2. У випадку, коли Страхувальник не є Застрахованою особою, Страховик має право повідомити Застраховану особу про несплату Страхувальником чергового страхового платежу. При цьому Застрахована особа або інша особа може самостійно здійснити сплату страхового платежу, приймаючи на себе права та обов'язки Страхувальника за Договором страхування життя.

7.10. Якщо інше не встановлено умовами Договору страхування, Страхувальник має право відновити дію Договору страхування або розмір страхової суми (страхових виплат) в наступному порядку:

7.10.1. якщо з дати припинення дії Договору страхування або редукування розміру страхової суми (страхових виплат) минуло не більше тридцяти днів, то Страхувальник зобов'язаний сплатити прострочений платіж. В цьому випадку дія Договору страхування або розмір страхової суми (страхових виплат) відновлюється з дня отримання Страховиком відповідного платежу від Страхувальника;

7.10.2. якщо з дати припинення дії Договору страхування або редукування розміру страхової суми (страхових виплат) минуло не більше шістдесят днів, то Страхувальник зобов'язаний сплатити прострочений страховий платіж і встановлену в Договорі страхування та суму коштів, що відповідає зазначеній у Договорі страхування величині інвестиційного доходу, який був втрачений за Договором страхування через несплату страхових платежів. В цьому випадку дія Договору страхування або розмір страхової суми (страхових виплат) відновлюється з дня отримання Страховиком відповідного платежу від Страхувальника;

7.10.3. якщо з дати припинення дії Договору страхування або редукування розміру страхової суми (страхових виплат) минуло понад шістдесят днів, то дію Договору страхування або розмір страхової суми (страхових виплат) може бути відновлено за письмовою заявою Страхувальника та за письмовою згодою Страховика, який вказує дату відновлення дії Договору страхування або страхової суми (страхових виплат) і розмір страхового платежу, який має бути сплачений Страхувальником. Дія Договору страхування або розмір страхової суми (страхових виплат) відновлюється не раніше дня отримання Страховиком відповідного платежу від Страхувальника.

7.11. До прийняття рішення про відновлення дії Договору страхування або розміру страхової суми (страхових виплат) Страховик має право вимагати заповнення медичної анкети та/або проходження медичного огляду Застрахованої особи. У разі відмови Застрахованої особи заповнити медичну анкету та/або пройти медичний огляд Страховик має право відмовити у відновленні дії Договору страхування або розміру страхової суми (страхових виплат).

Страховик також має право відмовити у відновленні дії Договору страхування або розміру страхової суми (страхових виплат) у випадку, якщо Застрахована особа на дату заяви страждає хронічним захворюванням, загрозливим його життю і здоров'ю (наприклад, онкологічним, серцево-судинним захворюванням, діабетом тощо).

Страховик також має право відкласти ухвалення рішення про відновлення дії Договору страхування або розміру страхової суми (страхових виплат), якщо Застрахована особа на дату заяви страждає гострим захворюванням або тимчасово непрацездатна (має тимчасове порушення здоров'я).

7.12. Страхувальник вправі припинити сплату страхових премій і заявити Страховикові про перехід Договору страхування в повністю оплачений. У цьому випадку Страховик зобов'язаний укласти зі Страхувальником додаткову угоду до Договору страхування.

7.13. За згодою Страховика Страхувальник вправі змінити встановлені Договором страхування розмір та порядок сплати страхових платежів шляхом внесення відповідних змін до Договору страхування.

## **8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

8.1. Договір страхування укладається за згодою сторін, залежно від Програми страхування, яка визначається в Договорі страхування.

8.2. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачене Договором страхування.

8.3. Територією дії Договору страхування є весь світ, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

8.4. Якщо у Договорі страхування територією дії Договору страхування зазначено територію країн, то при вибутті Застрахованої особи з цієї території дія Договору страхування припиняється до повернення Застрахованої особи на територію дії Договору страхування. За умови надання Страхувальником до вибуття з території страхування відповідної заяви та отримання згоди Страховика, строк дії Договору страхування продовжується на термін вибуття, вказаний в зазначеній заяві, про що укладається додаткова угода.

## 9. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. При укладанні Договору страхування Страховик має право вимагати від Страхувальника, особи, на користь якої укладається Договір страхування, всі необхідні дані щодо предмету Договору страхування та іншу інформацію, яка необхідна для визначення ступеню ризику та укладання Договору страхування. Після укладання Договору страхування заява та інша письмова інформація, подана Страхувальником/Застрахованою особою чи від його імені, є невід'ємною частиною Договору страхування.

9.2. Подана заповнена заява не зобов'язує сторони до укладення Договору страхування.

9.3. У випадку укладення Договору страхування на користь Застрахованої особи Страхувальник повинен отримати згоду від особи, на користь якої укладається Договір страхування.

9.4. Договір страхування укладається на умовах Правил та однієї чи декількох Програм А-Н Частини II Правил та може включати додаткові ризики, передбачені п.4.3. Правил (Додаткових програм I-N Частини II Правил).

9.5. Програми страхування, які передбачають виплату страхових сум (страхових виплат) при настанні страхових випадків відповідно до пп.4.2.2., 4.2.3 та 4.3. Правил можуть застосовуватись тільки разом із програмами страхування на випадок смерті Застрахованої особи. При цьому строк, протягом якого Страховик несе відповідальність по ризику "смерть Застрахованої особи" повинен бути не менший ніж строк від початку дії Договору страхування до моменту першої страхової виплати у випадку страхування довічного ануїтету або ж дорівнювати строку дії Договору страхування в усіх інших випадках.

9.6. Страховик має право вимагати медичного анкетування або огляду особи, на користь якої укладається Договір страхування.

9.7. На підставі наданих відомостей про стан здоров'я та/або медичних даних особи, на користь якої укладається Договір страхування, Страховик має право збільшити розмір страхової премії, запропонувати знизити страхові суми або запропонувати покриття по інших ризиках.

9.8. У випадку відмови заповнити медичну анкету або пройти медичний огляд Страховик вправі відмовити в укладанні Договору страхування. При цьому у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо достовірності відомостей стосовно стану здоров'я особи, зазначеної в заяві, за згодою сторін проводиться медичне обстеження у межах, необхідних у кожному конкретному випадку.

9.8.1. При відмові пройти медичний огляд Страховик вправі відмовити в укладанні Договору.

9.8.2. Страховик також вправі відмовити в укладанні Договору страхування, якщо особа, на користь якої укладається Договір страхування, на час подання заяви страждає хронічним захворюванням, що загрожує її життю та здоров'ю.

9.8.3. Страховик також вправі відмовити в укладанні Договору страхування, якщо особа, на користь якої укладається Договір страхування, страждає гострим захворюванням або тимчасово втратила працездатність (має тимчасове порушення здоров'я).

9.9. При укладанні Договору страхування Страхувальник зобов'язаний надати Страховику інформацію про інші діючі договори добровільного страхування життя, щодо осіб, на користь яких укладається Договір страхування.

9.10. Факт укладення Договору страхування може посвідчуватися страховим полісом (надалі по тексту – “Поліс”), який є формою Договору страхування. У випадку втрати Страхувальником свого примірника Договору страхування/Поліса Страховик на підставі письмової заяви Страхувальника видає дублікат Договору страхування/Поліса. Після передачі дубліката Договору страхування/Поліса Страхувальникові загублений екземпляр Договору страхування/Поліса вважається недійсним.

9.11. Договір страхування/Поліс укладається Страховиком або представником Страховика, що має повноваження представляти інтереси Страховика.

9.12. У Договорі страхування вказуються:

9.12.1. назва документа;

9.12.2. юридична назва й адреса Страховика;

9.12.3. прізвище, ім'я, по батькові або юридична назва Страхувальника й Застрахованої особи, адреси й дати народження;

9.12.4. прізвище, ім'я, по батькові, дату народження або юридична назва Вигодонабувача та його адреса;

9.12.5. предмет Договору страхування;

9.12.6. розмір страхової суми та (або) розміри страхових виплат за Договором страхування;

9.12.7. перелік страхових випадків;

9.12.8. порядок визначення розмірів страхових виплат;

9.12.9. розмір страхової премії, платежів і строки їх сплати;

9.12.10. страховий тариф (страховий тариф не визначається для страхових випадків, для яких не встановлюється страхова сума);

9.12.11. строк дії Договору страхування;

9.12.12. порядок зміни і припинення дії Договору страхування;

9.12.13. умови здійснення страхової виплати;

9.12.14. причини відмови у страховій виплаті;

9.12.15. права та обов'язки сторін і відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору страхування й Правил;

9.12.16. інші умови за згодою сторін;

9.12.17. підписи сторін.

9.13. При укладанні Договору страхування Застрахована особа звільняє лікарів медичних установ від зобов'язань конфіденційності в частині щодо інформації, що пов'язана із страховим випадком.

9.14. При укладанні Договору страхування Страхувальник зобов'язаний правдиво і повно повідомити Страховику всі відомі Страхувальнику обставини, що мають істотне значення для визначення ймовірності настання страхового випадку та розміру можливих збитків (оцінки страхового ризику). Повідомлення Страхувальником обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, може бути зроблено шляхом заповнення Заяви на страхування, Декларації та/або інших анкет Страховика Страхувальником (Застрахованою особою). При цьому, підписуючи такі документи, Страхувальник (Застрахована особа) гарантує достовірність відомостей, викладених у них.

Якщо після укладення Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник (Застрахована особа) повідомив Страховику свідомо неправдиві відомості про зазначені в Заяві на страхування, Декларації, а також в інших анкетах Страховика обставини, Страховик має право розірвати Договір страхування в односторонньому порядку. Страховик звільняється від обов'язку здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку за таким Договором страхування, якщо страховий випадок став наслідком обставин, про які Страхувальник (Застрахована особа) повідомив свідомо неправдиві відомості при укладенні Договору страхування.

9.15. У разі укладення Договору страхування на підставі усної заяви Страхувальника Договір страхування укладається шляхом складання одного документа, підписується Страховиком і Страхувальником, або шляхом видачі Страховиком Поліса, підписаного Страховиком. В останньому випадку згода Страхувальника укласти Договір страхування на запропонованих Страховиком умовах підтверджується прийняттям від страховика підписаного ним Поліса.

9.16. Вся кореспонденція у зв'язку з Договором страхування направляється за адресами, які вказані в Договорі страхування. У разі зміни адрес та/або реквізитів сторін, сторони зобов'язуються завчасно в письмовому вигляді повідомити один одного про це. Якщо сторона не була повідомлена про зміну адреси та/або реквізитів іншої сторони завчасно, то вся

кореспонденція, спрямована за колишньою адресою, вважатиметься отриманою на дату її надходження за колишньою адресою.

9.17. Зміни й доповнення вносяться до Договору страхування шляхом укладання додаткових угод (надалі “Доповнень”), підписаними Страхувальником і Страховиком, які є невід’ємною частиною Договору страхування.

## 10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

10.1. Страхувальник має право:

10.1.1. при настанні страхового випадку, передбаченого Договором страхування, якщо він одночасно є Вигодонабувачем, отримати страхову виплату;

10.1.2. вимагати виконання Страховиком умов Договору страхування;

10.1.3. одержувати будь-які роз'яснення за Договором страхування;

10.1.4. одержувати дублікат Договору страхування у випадку втрати оригіналу;

10.1.5. при укладанні Договору страхування призначати за згодою Застрахованої особи Вигодонабувача для отримання страхових виплат по Договору страхування, а також замінювати його до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування;

Якщо Договір страхування є засобом забезпечення зобов'язань по поверненню кредиту, позики, то в цьому випадку Страхувальник не має права на зміну Вигодонабувача без письмової згоди раніше призначеного Вигодонабувача.

10.1.6. ініціювати внесення змін до Договору страхування, щодо розміру страхової суми, строку дії Договору страхування, ризиків на випадок настання яких укладено Договір страхування;

10.1.7. достроково припинити дію Договору страхування відповідно до Договору страхування й Правил з письмовим повідомленням Страховика про причини такого рішення, у встановлені Правилами строки, якщо інше не передбачене умовами Договору страхування;

10.1.8. збільшити кількість Застрахованих осіб або припинити дію Договору страхування щодо певних Застрахованих осіб. Строк дії Договору страхування щодо додатково Застрахованих осіб не може перевищувати загального строку дії Договору страхування;

10.1.9. укласти Договір страхування на новий строк;

10.1.10. укласти Договір страхування на користь третіх осіб за їх згодою;

10.1.11. при достроковому припиненні дії Договору страхування, отримати відповідну викупну суму згідно з умовами Правил та Договору страхування

10.1.12. користуватися іншими правами, передбаченими Договором страхування, Правилами та законодавством України.

10.2. Страхувальник зобов'язаний:

10.2.1. забезпечити збереження документів, які стосуються Угоди страхування, і не розголошувати конфіденційну інформацію, що стала відома Страхувальнику у процесі виконання Договору страхування за винятком випадків, передбачених законодавством України, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

10.2.2. вносити страхову премію (при сплаті в розстрочку – кожен частину страхової премії) в розмірах і в строки, передбачені Договором страхування;

10.2.3. при укладанні Договору страхування надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику (вік, професія, стан здоров'я, перенесені Застрахованою особою захворювання та інші відомості за вимогою Страховика), і надалі негайно повідомляти Страховика про зміни в обставинах, повідомлених страховикові при укладанні Договору страхування, якщо ці зміни можуть істотно вплинути на збільшення страхового ризику (зміна обставин визнається істотним, коли вони змінилися настільки, що якби сторони могли це розумно передбачити, Договір страхування не був би укладений або був укладений на умовах, які значно відрізняються).

Фактори істотного збільшення ступеня страхового ризику - зміна професійної діяльності Застрахованої особи, пов'язана з підвищеним ризиком та (або) може призвести до появи професійних захворювань, переїзд (відрядження) в іншу країну або в інший кліматичний пояс на термін понад 1 рік, зміна статі Застрахованої особи, інфікування

застрахованої ВІЛ (вірусом імунодефіциту людини) або захворювання застрахованої СНІДом (синдромом набутого імунодефіциту) або іншим аналогічним синдромом.

10.2.4. повідомляти Страховику достовірну інформацію про Застраховану особу та Вигодонабувача;

10.2.5. надати Страховику або представникові останнього вільний доступ до інформації, що пов'язана з страховим випадком або подією, яка має ознаки страхового випадку;

10.2.6. до укладання Договору страхування та протягом строку його дії повідомляти Страховика про інші чинні договори добровільного страхування життя щодо предмету Договору страхування;

10.2.7. повідомляти Страховика про зміну будь-якої інформації щодо Страхувальника/Застрахованої особи, Вигодонабувача, як то: зміну прізвища чи імені (назви), адреси, даних документа, що посвідчує особу (у разі заміни) банківських реквізитів, перереєстрацію й т.д.;

10.2.8. повідомляти Страховика про настання страхового випадку або події, яка має ознаки Страхового випадку, у строк, передбачений розділом 11 Правил;

10.2.9. вживати заходів щодо запобігання й зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

10.2.10. при зверненні за страховою виплатою надати Страховикові заяву на виплату за встановленою Страховиком формою, а також всі необхідні документи, передбачені Договором страхування та Правилами, для прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати. Цей обов'язок також поширюється на Застраховану особу або Вигодонабувача в разі їх звернення за страховою виплатою;

10.2.11. повернути отриману страхову виплату, якщо виявиться така обставина, яка згідно законодавства України, Правил або Договору страхування повністю або частково позбавляє Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача права на отримання страхової виплати;;

10.2.12. виконувати інші обов'язки, передбачені Договором страхування, Правилами й законодавством України.

10.3. Страховик має право:

10.3.1. перевіряти надану Страхувальником, Застрахованою особою і Вигодонабувачем інформацію, а також вимагати виконання ними умов Договору страхування;

10.3.2. вносити зміни до Договору страхування за згодою сторін, якщо в період його дії відбудеться зміна ризику, обсягу страхової відповідальності Страховика, періодичності сплати страхових внесків та інше;

10.3.3. відмовити в укладанні Договору страхування на підставі результатів попереднього анкетування й медичного обстеження;

10.3.4. встановлювати розмір страхової премії відповідно до тарифів, зазначених у Правилах страхування, та андерайтерських підвищувальних/понижуючих коефіцієнтів, що діють у відношенні до даної Застрахованої особи;

10.3.5. до укладання Договору страхування вимагати будь-які додаткові обстеження й документи для з'ясування стану здоров'я особи, на користь якої укладається Договір страхування, за даними, які містяться в заяві на страхування, інших документах, що надаються Страховику, за результатами медичного обстеження;

10.3.6. відмовити у здійсненні страхової виплати або зменшити її розмір у випадках, порядку та строки, передбачені Правилами та Договором страхування;

10.3.7. достроково припинити дію Договору страхування з письмовим повідомленням Страхувальника про причини такого рішення у випадках, передбачених законодавством України, умовами Договору страхування та Правилами;

10.3.8. продовжити термін прийняття рішення про здійснення чи відмову у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Правилами та Договором страхування;

10.3.9. у разі виникнення сумнівів у обґрунтованості підстав для здійснення страхової виплати ініціювати медичне обстеження Застрахованої особи у кваліфікованого спеціаліста (у галузі охорони здоров'я), ініціювати призначення додаткових експертиз і досліджень, в тому числі ексгумацію, патологоанатомічне або судово-медичне дослідження трупу;

10.3.10. вимагати повернення Страхувальником отриманої страхової виплати, якщо виявиться така обставина, яка згідно законодавства України, Правил або Договору

- страхування повністю або частково позбавляє Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) права на отримання страхової виплати;
- 10.3.11. у разі необхідності робити запити до органів державної влади, правоохоронних органів, медичних закладів, інших установ та організацій про стан здоров'я Застрахованої особи, причини та обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку;
- 10.3.12. користуватися іншими правами, передбаченими Договором страхування, Правилами й законодавством України.
- 10.4. Страховик зобов'язаний:
- 10.4.1. ознайомити Страхувальника або Застраховану особу з умовами страхування та Правилами страхування;
- 10.4.2. надати Страхувальникові Договір страхування або Поліс (при втраті останнього - дублікат);
- 10.4.3. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати особі, визначеній у Договорі страхування;
- 10.4.4. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату або повідомити про відмову у здійсненні страхової виплати у випадках, порядку та строки, передбачені Правилами та Договором страхування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом;
- 10.4.5. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитку, якщо це передбачено умовами Договору страхування;
- 10.4.6. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним Договір страхування;
- 10.4.7. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом;
- 10.4.8. виконувати інші обов'язки, передбачені Договором страхування, Правилами та законодавством України.
- 10.5. Застрахована особа набуває за Договором страхування наступні права Страхувальника:
- 10.5.1. вимагати дотримання Страховиком умов Договору страхування;
- 10.5.2. одержувати будь-які роз'яснення за Договором страхування;
- 10.5.3. одержувати дублікат Поліса у випадку втрати оригіналу;
- 10.5.4. отримати страхову виплату при настанні страхового випадку, передбаченого Договором страхування.
- 10.6. Застрахована особа за Договором страхування набуває наступних обов'язків Страхувальника:
- 10.6.1. забезпечити збереження документів, які стосуються Договору страхування, і не розголошувати конфіденційну інформацію, що стала відома Застрахованій особі у процесі виконання Договору страхування, за винятком випадків, передбачених законодавством України;
- 10.6.2. при втраті Поліса в триденний строк сповістити про це Страховику для одержання дубліката;
- 10.6.3. повернути безпідставно отримані страхові виплати, якщо з'ясується, що мали місце обставини, передбачені розділом 6 Правил;
- 10.6.4. Застрахована особа вправі виконувати передбачені Договором та Правилами обов'язки Страхувальника:
- а) у разі смерті Страхувальника - фізичної особи;
  - б) у разі ліквідації Страхувальника - юридичної особи в порядку, встановленому законодавством України;
  - в) у разі наміру Страхувальника розірвати Договір страхування, за умови письмової згоди Страхувальника на передачу Застрахованій особі своїх обов'язків за Договором страхування.
- 10.6.5. виконувати інші обов'язки, передбачені Договором страхування, Правилами й законодавством України.

## **11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА, ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, ВИГОДОНАБУВАЧА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

- 11.1. У разі настання страхового випадку Страхувальник або Застрахована особа, або Вигодонабувач згідно з Договором страхування, зобов'язаний:
- 11.1.1. повідомити про це Страховика протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту настання такого випадку або з моменту усунення обставин, що перешкоджали своєчасному повідомленню про настання такого випадку, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;
  - 11.1.2. надати Страховикові або його представникові вільний доступ до інформації, що пов'язана із страховим випадком;
  - 11.1.3. якщо інше не передбачено Договором страхування, у термін не більше 60 (шістдесят) календарних днів надати Страховику всі документи згідно розділу 12 Правил крім документів, які згідно чинного законодавства України видаються у строк більше, ніж 60 (шістдесят) календарних днів, починаючи з дати настання страхового випадку (свідоцтво про право на спадщину, рішення суду тощо). Документи, які згідно чинного законодавства України видаються у строк більше, ніж 60 (шістдесят) календарних днів, починаючи з дати настання страхового випадку, надаються Страховику протягом 10 (десяти) робочих днів з дати їх отримання;
  - 11.1.4. у разі смерті Застрахованої особи Страхувальник або Вигодонабувач згідно з Договором страхування, або спадкоємці Застрахованої особи зобов'язані негайно (протягом 72 годин з моменту, коли їм стане відомо про смерть Застрахованої особи) повідомити про це компетентні органи (органи внутрішніх справ, прокуратури, охорони здоров'я тощо), якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.
- 11.2. У випадку порушення вимог п.11.1. Правил Страхувальник, Застрахована особа, Вигодонабувач згідно з Договором страхування зобов'язаний обґрунтувати це Страховикові письмово.

## **12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ**

- 12.1. Для визначення розміру та прийняття рішення про здійснення страхової виплати Страховику надаються наступні документи:
- 12.1.1. копію Договору страхування (Поліса) або оригінал на вимогу Страховика (тільки за договорами індивідуального страхування);
  - 12.1.2. письмова заява встановленої форми на отримання страхової виплати з детальним описом обставин страхового випадку із зазначенням способу одержання страхової виплати (через касу Страховика, або шляхом перерахування на банківський рахунок із зазначенням банківських реквізитів);
  - 12.1.3. копію документу, що засвідчує особу, яка отримує страхову виплату;
  - 12.1.4. копію довідки про присвоєння ідентифікаційного коду особі, що отримує страхову виплату;
  - 12.1.5. якщо отримувачем страхової виплати є юридична особа, то за пп. 12.1.3. – 12.1.4 цього пункту надаються наступні документи такої юридичної особи: свідоцтво про державну реєстрацію (копія); довідка про присвоєння ідентифікаційного коду згідно з Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України (копія); документ, що підтверджує повноваження керівника чи представника такої юридичної особи (витяг з Статуту, наказ, доручення тощо).
- 12.2. Для визначення розміру та прийняття рішення про здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в пп. 4.2.1., 4.3.1., 4.3.8, 4.3.11, 4.3.12, 4.3.13, 4.3.14 Правил Страховику надаються наступні документи:
- 12.2.1. документи, наведені в пп. 12.1.1. – 12.1.5. цих Правил;
  - 12.2.2. оригінал свідоцтва про смерть Застрахованої особи або його копія, засвідчена нотаріально чи органом, що видав свідоцтво;

- 12.2.3. копія лікарського свідоцтва про смерть Застрахованої особи за формою встановленою МОЗ України;
- 12.2.4. копія Акту про нещасний випадок на виробництві (форма Н1) або Акт службового розслідування, який складено у встановленому порядку (якщо мав місце нещасний випадок під час виконання Застрахованою особою своїх службових обов'язків);
- 12.2.5. оригінал документа (Довідка, Постанова), який виданий відповідним органом МВС, МНС, прокуратури, або копія документа, завірена печаткою МВС, МНС, прокуратури (у разі необхідності, а саме: ДТП, авіакатастрофи, пожежі, протиправних дій тощо);
- 12.2.6. довідку медичної установи про наявність або відсутність алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння Застрахованої особи на момент настання страхового випадку (у разі наявності);
- 12.2.7. копія рішення/ухвала суду щодо закриття кримінального провадження або виписки внесення відомостей до Єдиного реєстру досудових розслідувань щодо закінчення досудового розслідування (для події, зазначеної в п. 4.3.14, - обов'язково);
- 12.2.8. оригінал свідоцтва про право на спадщину або його копія, засвідчена нотаріально, до якого включена страхова виплата (у випадках, якщо не визначено Вигодонабувача на дату настання страхового випадку, а також у випадках смерті, оголошення судом померлим Вигодонабувача після настання страхового випадку).
- 12.3. Для визначення розміру та прийняття рішення про здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в пп. 4.2.2., 4.2.3. Правил Страховику надаються наступні документи:
- 12.3.1. документи наведені в пп. 12.1.1. – 12.1.5. цих Правил;
- 12.3.2. Застрахована особа повинна підтвердити факт дожиття до закінчення строку дії Договору страхування або досягнення пенсійного віку або віку, який визначено у Договорі страхування (особисто з'явитися до Страховика або надати можливість представникові Страховика засвідчити це).
- 12.4. Для визначення розміру та прийняття рішення про здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в пп. 4.3.2., 4.3.7., 4.3.9. Правил Страховику надаються наступні документи:
- 12.4.1. документи, наведені в пп. 12.1.1. – 12.1.5. та в пп. 12.2.4. – 12.2.6. цих Правил;
- 12.4.2. оригінал довідки МСЕК про встановлення групи інвалідності або її копія, засвідчена нотаріально чи органом, що видав довідку; для неповнолітньої Застрахованої особи – оригінал довідки ЛКК про встановлення інвалідності або її копія, засвідчена нотаріально чи органом, що видав довідку;
- 12.4.3. копію індивідуальної програми реабілітації інваліда (дитини-інваліда) за формою встановленою КМ України;
- 12.4.4. копію виписки з історії хвороби Застрахованої особи та/або копію виписку з медичної картки та/або інші медичні довідки, що роз'яснюють діагноз.
- 12.5. Для визначення розміру та прийняття рішення про здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в пп. 4.3.4., 4.3.10, 4.3.16, 4.3.17, 4.3.18 Правил Страховику надаються наступні документи:
- 12.5.1. документи, наведені в пп. 12.1.1. – 12.1.5. та в пп. 12.2.4. – 12.2.6. цих Правил;
- 12.5.2. копію виписки з історії хвороби Застрахованої особи та/або копію виписки з медичної картки та/або інші медичні довідки, що роз'яснюють діагноз;
- 12.5.3. копії закритих листків тимчасової непрацездатності, завірені відділом кадрів з печаткою за місцем роботи Застрахованої особи.
- 12.6. Для визначення розміру та прийняття рішення про здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в пп. 4.3.3, 4.3.5., 4.3.6. Правил Страховику надаються наступні документи:
- 12.6.1. документи, наведені в пп. 12.1.1. – 12.1.5. та в пп. 12.2.4. – 12.2.6. цих Правил;
- 12.6.2. копію виписки з історії хвороби Застрахованої особи та/або копію виписки з медичної картки та/або інші медичні довідки, що роз'яснюють діагноз.
- 12.7. Для визначення розміру та прийняття рішення про здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в п. 4.3.15., 4.3.19 Правил Страховику надаються наступні документи:



- 12.7.1. документи, наведені в пп. 12.1.1. – 12.1.5. цих Правил;
- 12.7.2. копія виписки з медичної карти та / або виписного епікризу, що підтверджують перенесення Застрахованою особою операції або захворювання, що володіє ознаками страхового випадку. У документах повинні міститися: докладний анамнез захворювання, діагноз, встановлений фахівцем і підтверджений загальноприйнятими в медичній практиці методами досліджень, результати всіх проведених діагностичних досліджень (лабораторні, клінічні, гістологічні, радіологічні дослідженнями), проведене лікування;
- 12.7.2.1. обов'язковим є надання медичних документів, що оформлені по результатам обстеження в країні проживання Застрахованої особи, за виключенням ситуацій, при яких транспортування Застрахованої особи в країну проживання виявилось неможливим по причині гострого характеру протікання хвороби
- 12.8. Для визначення розміру та прийняття рішення про здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в пп. 4.3.20., 4.3.21. Правил Страховику надаються наступні документи:
- 12.8.1. документи, наведені в пп. 12.1.1. – 12.1.5. та в пп. 12.2.4. – 12.2.6. цих Правил; цих Правил;
- 12.8.2. копію виписки з історії хвороби Застрахованої особи та/або копію виписку з медичної картки та/або інші медичні довідки, що роз'яснюють діагноз;
- 12.8.3. оригінал висновку лікаря або лікарської комісії, щодо підтвердження постійної втрати працездатності Застрахованої особи (у разі, якщо лікар або лікарська комісія була призначена Страховиком).
- 12.9. Договором страхування можуть бути передбачені також інші (додаткові) документи, ніж зазначені у пунктах 12.1 – 12.8 Правил, що надаються для отримання страхової виплати.
- 12.10. У всіх довідках і виписках з медичних установ обов'язково повинен бути вказаний діагноз, а також повинні бути проставлені підписи посадових осіб медичної установи, печатка і штамп медичної установи.
- 12.11. На всіх документах, наданих із заявою на страхову виплату, повинно бути вказано ім'я та дата народження Застрахованої особи, а саме:
- на електрокардіограмах, рентгенограмах, результатах обстеження, на комп'ютерному томографі та інших документах/зображеннях, що з'явилися в результаті машинної обробки, ім'я та дата народження повинні бути вскановані, тобто повинні складати єдине ціле з документом/зображенням без можливості їх виправлення.
  - на інших документах: на медичних довідках, виписках, звітах, та ін., ім'я та дата народження повинні бути вказані способом, що унеможливило їх виправлення.
- 12.12. Всі документи, передбачені цим розділом і надаються Страховику у зв'язку зі страховими виплатами, повинні бути складені українською або російською мовами. Якщо надаються Страховику документи видані на території іноземної держави, то вони повинні бути належним чином легалізовані, в т.ч. мати апостиль (якщо застосовується) та/або нотаріально завірений переклад. У разі надання документів, які не можуть бути прочитані у зв'язку з особливостями почерку лікаря або співробітника компетентного органу, а також внаслідок порушення цілісності документа (надірваний, зім'ятий, стертий і т.д.), Страховик має право відкласти рішення про виплату до надання документів належного якості.
- 12.13. Якщо за наданими документами встановити факт наявності страхового випадку або його відсутність не є можливим, то Страховик має право запросити додаткові документи у Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача, правоохоронних органів, медичних установ, банків та інших підприємств і організацій, які мають інформацією про обставини страхового випадку, не передбачені пп. 12.1. – 12.8. Правил.
- 12.14. Якщо для визначення розміру та прийняття рішення про здійснення страхової виплати Страховику надані не всі документи, зазначені в пп. 12.1. – 12.8. Правил, то Страховик має право прийняти рішення про страхову виплату на підставі наданих документів за умови, що таких документів достатньо для встановлення факту страхового випадку та розміру страхової виплати.
- 12.15. У разі сумнівів щодо справжності та/або достовірності, а також достатності документів, представлених Страхувальником (Застрахованою особою) у зв'язку з настанням події, що має ознаки страхового випадку, або для підтвердження стану втрати працездатності, у тому числі і при призначенні групи інвалідності, Страховик має право направити Застраховану

особу на повторні лабораторні та інструментальні дослідження (включаючи ультразвукові дослідження, рентгенологічні та інші методи променевої діагностики), повторні медичні огляди, які здійснюються лікарями різних спеціальностей. Зазначені дослідження і медичні огляди проводяться лікарями, призначеними Страховиком, в місцях, визначених Страховиком, і за його рахунок.

### **13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

13.1. Страхові виплати здійснюються Страховиком згідно з Договором страхування на підставі письмової заяви Страхувальника/Застрахованої особи, Вигодонабувача, а у випадку їх смерті – спадкоємця/ів, визначених відповідно до законодавства України, та страхового акту, який складається Страховиком, та документів, що підтверджують настання страхового випадку, передбачені розділом 12 Правил. У медичних документах повинні міститися: дата і обставини заявленого випадку (травми і т.п.), повний діагноз, час початку і закінчення лікування, результати діагностичних досліджень (рентгенографії, КТ, МРТ, аналізів і т.д.) і назви лікувальних заходів. Діагноз того чи іншого ушкодження, поставлений застрахованій особі, вважається достовірним в тому випадку, якщо він поставлений медичним працівником, який має на це право, на підставі характерних для даного ушкодження об'єктивних симптомів (ознак).

13.2. Порядок здійснення страхової виплати визначається сторонами при укладенні Договору страхування.

13.3. Страхова виплата здійснюється за погодженням сторін у готівковій або безготівковій формі з урахуванням вимог законодавства України. При здійсненні страхової виплати у безготівковій формі банківські витрати несе Страховик.

13.4. Договором страхування можуть встановлюватися наступні варіанти здійснення виплат: одноразово або у вигляді ануїтету, також може бути виплачена частина страхової суми одноразово, а решта – у вигляді ануїтету. Відповідні умови щодо розміру, періодичності та строку виплати ануїтету визначаються у Договорі страхування та за згодою сторін можуть бути змінені Додатковою угодою після настання страхового випадку. Якщо інше не передбачене Договором страхування, страхова виплата здійснюється одноразово.

13.5. Вигодонабувач, за згодою Страховика, може, замість належної йому одноразової страхової виплати, отримувати ануїтет. Він може вибрати один з нижченаведених варіантів страхування ануїтету з одноразовою страховою премією:

13.5.1. Довічний ануїтет, що виплачується за умови дожиття Застрахованої особи до дати чергової виплати ануїтету.

13.5.2. Довічний ануїтет з гарантованим періодом виплат ануїтету. Протягом гарантованого періоду виплат ануїтету тривалістю 5 (п'ять), 10 (десять) або 15 (п'ятнадцять) років ануїтет виплачується незалежно від дожиття Застрахованої особи до дати чергової виплати (йому самому або, в разі смерті, його спадкоємцям), а після закінчення гарантованого періоду - за умови дожиття Застрахованої особи до дати чергової виплати ануїтету.

13.5.3. Фінансовий ануїтет, що виплачується незалежно від дожиття Застрахованої особи до дати чергової виплати ануїтету. Період виплати ануїтету встановлюється в межах від 3 до 10 років. Виплата ануїтету припиняється після закінчення періоду виплати. У разі смерті Застрахованої особи в період виплати ануїтету, ануїтет виплачується спадкоємцям Застрахованої особи.

13.5.4. Страхова виплата у формі ануїтету (п. 13.5.1-13.5.3.) можлива тільки після підписання сторонами додаткової угоди до Договору (полісу), страхування, за якою:

13.5.4.1. Застрахованою особою є Вигодонабувач, який подав заяву на отримання замість одноразової страхової виплати, виплати ануїтету,

13.5.4.2. Термін дії Договору страхування для довічного ануїтету – довічно, для фінансового ануїтету – в межах від 3 до 10 років.

13.5.4.3. В якості одноразової страхової премії зараховується належна за Договором страхова виплата.

13.5.4.4. Величина річного ануїтету розраховується на підставі вибраного варіанту виплати ануїтету за таблицями тарифів, що діють в Страховика на момент підписання сторонами додаткової угоди до Договору (полісу), страхування.

13.5.4.5. Ануїтет виплачується щомісяця (щорічно, два рази на рік, щокварталу). Перша виплата здійснюється через 10 (десять) робочих днів після оформлення вищевказаної додаткової угоди до Договору (полісу), страхування.

13.5.4.6. Протягом Періоду виплати ануїтету викупна сума встановлюється такою, що дорівнює 0.

13.5.4.7. Протягом періоду виплати довічного ануїтету, за винятком гарантованого періоду виплати ануїтету, якщо останній передбачається Договором страхування, Застрахована особа зобов'язана не рідше, ніж один раз на квартал (три місяці) особисто з'являтися до Страховика або надати можливість представнику Страховика засвідчити факт життя Застрахованої особи. Невиконання цієї вимоги дає право Страховику призупинити виплату ануїтету. Ануїтет може бути відновлений протягом трьох років з дня зупинення, при цьому виплата страхового забезпечення, не виплаченого в зв'язку з призупиненням ануїтетних виплат, здійснюється одноразовим платежем. Якщо протягом даних трьох років Страховик не отримує докази життя Застрахованої особи, дія Договору страхування припиняється.

13.6. У разі смерті Застрахованої особи дотримується наступний пріоритет по виплаті страхової суми:

а) у першу чергу - вказаному в Договорі страхування Вигодонабувачу. У разі якщо Вигодонабувачами є кілька осіб, страхова виплата здійснюється у частках (абсолютних або відносних величинах) вказаних в Договорі страхування, що припадає на кожного Вигодонабувача. Якщо абсолютна або відносна величина страхових виплат не вказана в договорі страхування, то при настанні страхових випадків страхова виплата здійснюється в рівних частках кожному з Вигодонабувачів;

б) при відсутності Вигодонабувача (не був призначений, помер раніше або одночасно з Застрахованою особою) - спадкоємцям Застрахованої особи;

в) при відсутності отримувача за пп. а) і б) цієї статті - особі, яка визнана спадкоємцем Застрахованої особи згідно цивільного законодавства України, при наданні свідоцтва про право на спадщину, до якого включена страхова виплата.

Якщо отримувач страхової виплати помирає, не отримавши належну йому страхову виплату, право на отримання страхової виплати переходить до спадкоємців Застрахованої особи, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Особи, винні у смерті Застрахованої або умисному заподіянні тілесних ушкоджень, що спричинили смерть Застрахованої особи, виключаються зі списку одержувачів страхової виплати.

13.7. Якщо отримувачем страхової виплати є:

а) малолітня особа (до 14 років), то страхову виплату за неї можуть отримати один з її батьків, усиновителів або опікунів;

б) неповнолітня особа, не оголошена повністю дієздатною (від 14 до 18 років), то право на отримання страхової виплати залишається за самим отримувачем;

в) особа, визнана недієздатною, то право на отримання страхової виплати переходить його опікунові;

г) особа, дієздатність якої обмежена, то право на отримання страхової виплати залишається за Вигодонабувачем, проте одержання виплати здійснюється, лише за письмовою згодою її опікуна.

У випадках, коли отримувачем страхової виплати є особа, зазначена в п.п. а), в), г) цієї статті, страхова виплата здійснюється зазначеним представникам отримувача лише на підставі підтверджуючих відповідне право документів.

13.8. При оголошенні судом Застрахованої особи померлою страхова виплата здійснюється за умови, якщо в рішенні суду вказано, що Застрахована особа пропала безвісно за обставин, що загрожували смертю або дають підставу припускати її загибель від певного нещасного випадку, і день її зникнення або передбачуваної загибелі припадає на період дії Договору страхування. При визнанні Застрахованої особи судом безвісно відсутньою страхова виплата не проводиться.

13.9. страхова виплата може бути здійснена представнику Застрахованої особи або Вигодонабувача за дорученням, оформленого Застрахованою особою або Вигодонабувачем в установленому законодавством порядку.

13.10. Отримувач страхової виплати зобов'язаний повернути Страховику отриману страхову виплату (або частину), якщо протягом передбачених законодавством України строків позовної давності виявлені такі обставини, що існували на момент здійснення страхової виплати, які згідно з законодавством України повністю або частково позбавляють Страхувальника права на

отримання страхової виплати. Повернення такої страхової виплати Страхувальник зобов'язаний здійснити у 10 (десяти) денний строк, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

13.11. Страхові виплати за Договором страхування здійснюються незалежно від суми, яку має отримати одержувач за державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, і суми, що має бути йому сплачена як відшкодування збитків.

#### **14. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

14.1. Якщо інше не передбачено Договором страхування, Страховик зобов'язаний протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього з всіх необхідних документів, зазначених в розділі 12 Правил та передбачених Договором страхування, прийняти рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати. Рішення щодо здійснення страхової виплати оформлюється страховим актом.

14.2. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати, відповідна виплата здійснюється протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення, якщо інше не передбачено Договором страхування.

14.3. Днем здійснення страхової виплати вважається день списання коштів з розрахункового рахунку або видачі їх з каси Страховика. При прийнятті рішення про відмову (відстрочення) у виплаті особі, яка претендує на отримання страхової виплати, Страховик в письмовій формі і з посиланнями на пункти цих Правил та Договору страхування інформує про це відповідну особу протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання заяви про страхову виплату та документів, зазначених в розділі 12 що підтверджують факт настання події, що володіє ознаками страхового випадку. Страховик має право продовжити строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати, якщо за фактом, пов'язаним з настанням події, що має ознаки страхового випадку, відповідно до чинного законодавства призначена додаткова перевірка, експертиза, відкрито кримінальне провадження або розпочато судовий процес, до закінчення перевірки, експертизи, розслідування або судового розгляду, або усунення інших обставин, які перешкоджали виплаті, при цьому письмово повідомивши Страхувальника/Вигодонабувача.

#### **15. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

15.1. Якщо інше не передбачено Договором страхування, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплаті повністю або частково, якщо Страхувальник/Застрахована особа чи Вигодонабувач:

15.1.1. подав свідомо неправдиві відомості про стан здоров'я Застрахованої особи на момент укладання Договору страхування, або на момент зміни умов Договору страхування, або про факт настання страхового випадку;

15.1.2. не повідомив про зміну роду занять Застрахованої особи, якщо така зміна має істотне значення для оцінки ризику та є причиною настання страхового випадку;

15.1.3. невчасно повідомив про настання страхового випадку або події, яка має ознаки страхового випадку, без поважних причин;

15.1.4. не надав всі необхідні документи, передбачені Договором страхування та Правилами, та відомості, необхідні для встановлення причин, характеру страхового випадку або події, яка має ознаки страхового випадку, та її зв'язку з наслідками, що наступили;

15.1.5. вчинив навмисні дії, спрямовані на настання страхового випадку;

15.1.6. вчинив умисний злочин, що призвів до страхового випадку;

15.1.7. порушив строки сплати першої чи чергової частини страхової премії;

15.1.8. не виконав обов'язків, передбачених Договором страхування;

15.1.9. при укладанні Договору страхування (у заяві про страхування) письмово не повідомив Страховика про існування діючих договорів добровільного страхування життя на користь Застрахованої особи, укладених з іншими страховими компаніями;

- 15.1.10. не погодив із Страховиком розмір страхової суми за Договором страхування у випадку, якщо щодо цієї ж Застрахованої особи укладені інші Договори страхування, якщо це передбачено умовами Договору страхування;
- 15.1.11. у випадках, передбачених пунктами 6.1., I.4., J.5., K.3., L.3. Правил;
- 15.1.12. в інших випадках, передбачених законодавством.
- 15.2. У випадку, якщо смерть Застрахованої особи відбулася як результат подій, обумовлених п.15.1. Правил, Вигодонабувач або спадкоємці Застрахованої особи одержують виплату у розмірі викупної суми, розрахованої як сума, що належить до виплати при достроковому припиненні Договору страхування. Викупну суму не може отримати особа, з вини якої настав страховий випадок.

## **16. УМОВИ ЗМІНИ ТА ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

- 16.1. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:
- 16.1.1. закінчення строку дії Договору страхування – з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем, що визначений як день закінчення дії;
- 16.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 16.1.3. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених законодавством;
- 16.1.4. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки. При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика рекомендованим листом на останню відому адресу Страхувальника протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;
- 16.1.5. у випадку виникнення у Застрахованої особи в період дії Договору страхування хвороб або фізичних недоліків, зазначених у п.2.7.Правил, що не є наслідком страхового випадку, що відбувся під час дії Договору страхування, якщо це передбачено умовами Договору страхування;
- 16.1.6. на вимогу Страховика у випадку порушення Страхувальником умов Договору страхування й Правил, а також у випадку надання Страхувальником завідомо недостовірних або неповних відомостей, які мають значення для оцінки страхового ризику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;
- 16.1.7. на вимогу Страхувальника, якщо це передбачено умовами Договору страхування;
- 16.1.8. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;
- 16.1.9. ліквідації Страховика, у порядку, установленому законодавством України;
- 16.1.10. в інших випадках, передбачених законодавством України;
- 16.2. Договір страхування вважається недійсним:
- 16.2.1. з моменту його укладання у випадках, передбачених Цивільним кодексом України.
- 16.2.2. якщо його укладено після страхового випадку;
- 16.2.3. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.
- 16.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування Страхувальнику виплачується викупна сума, яка є майновим правом Страхувальника за Договором страхування. При сплаті страхових платежів в розстрочку Договором страхування може бути передбачено, що викупна сума дорівнює нулю протягом строку до двох років від початку дії Договору страхування.
- Про намір достроково припинити дію Договору страхування Страхувальник повинен письмово повідомити Страховика не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.
- 16.4. У разі припинення Договору страхування за заявою Страхувальника, за умови, що Застрахована особа (або інша особа) не прийняв на себе виконання обов'язків Страхувальника, або за заявою Страховика у зв'язку з невиконанням Страхувальником своїх обов'язків за Договором, викупна сума виплачується Страхувальникові.
- 16.5. У разі смерті Страхувальника – фізичної особи або ліквідації Страхувальника – юридичної особи – викупна сума виплачується Застрахованій особі. Договір не припиняється і викупна сума не виплачується, якщо Застрахована особа або інша особа приймають на себе зобов'язання Страхувальника за Договором страхування.

16.6. При достроковому припиненні дії Договору страхування викупна сума виплачується Страхувальнику протягом 10 (десяти) робочих днів з дати дострокового припинення Договору страхування на банківський рахунок, визначений Страхувальником або через касу Страховика, якщо інше не встановлене Договором страхування. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення Договору страхування.

Банківські реквізити для перерахування викупної суми надаються Страховику у письмовій формі не пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до дати закінчення строку виплати викупної суми. У випадку несвоєчасного/неналежного (не у повному обсязі чи невірно) надання даних, необхідних для виплати викупної суми, термін виплати останньої продовжується на період прострочення та (або) уточнення таких даних без застосування будь-яких санкцій (пеня, штраф, відшкодування збитків і т.і.) до Страховика.

16.7. Зміни в Договір страхування можуть бути внесені тільки за взаємною згодою Сторін у письмовому вигляді шляхом укладання додаткової угоди до діючого Договору страхування.

16.8. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона, яка виступає ініціатором внесення таких змін, повинна письмово повідомити про це іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованої дати внесення змін.

16.9. Страховик має право в односторонньому порядку внести зміни в Договір страхування при настанні умов, зазначених в п.7.8.Правил.

16.10. При збільшенні кількості Застрахованих осіб Страхувальник надає Страховику інформацію, необхідну для укладання Договору страхування, про осіб, що додатково приймаються на страхування.

## 17. ФОРС-МАЖОР

17.1. Сторони звільняються повністю або частково від виконання своїх зобов'язань за Договором страхування, якщо їх невиконання є наслідком форс-мажорних обставин. Під форс-мажорними обставинами розуміються надзвичайні та невідворотні за даних умов обставини, наприклад: стихійні лиха (повені, землетруси тощо), суспільні явища (цивільні хвилювання, страйки, воєнні дії тощо).

17.2. Сторона, що посилається на форс-мажорні обставини, зобов'язана негайно письмово сповістити іншу Сторону про настання та/або припинення дії такої обставини.

17.3. Факт дії форс-мажорних обставин підтверджується довідкою виданою компетентними органами згідно законодавства України.

17.4. Неповідомлення та/або ненадання довідки Стороною, яка посилається на настання форс-мажорних обставин, не звільняє від відповідальності за неналежне виконання прийнятих на себе зобов'язань згідно Договору страхування.

Сторони

## 18. КОНФІДЕНЦІЙНА ІНФОРМАЦІЯ

18.1. Сторони вважають конфіденційною інформацію:

18.1.1. про суму страхової премії, що підлягає сплаті за Договором страхування;

18.1.2. про персональні дані Застрахованої особи: прізвище, ім'я, по батькові, дата народження, адреса проживання, паспортні дані (серія та номер паспорта, ким виданий), ідентифікаційний номер фізичної особи;

18.1.3. про персональні дані Застрахованої особи спеціальної категорії: онате

цих організацій поставлено запобігання розголошення персональних даних Застрахованих Страховика та забезпечення безпеки персональних даних при їх обробці.

18.4. Страховик має право також на поширення та внесення змін до персональних даних за зверненням інших суб'єктів відносин, пов'язаних із персональними даними.

18.5. Шляхом направлення відповідних запитів до медичних установ Страховиком можуть бути отримані дані, зазначені в п. 18.1.3 Правил. При цьому лікарі медичних установ звільняються від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком.

18.6. Передача конфіденційної інформації іншим особам або інше розголошення цієї інформації може здійснюватися тільки за письмовою згодою Сторін, а при здійсненні цих дій стосовно інформації, зазначеної в п.п. 18.1.2. та 18.1.3. Правил, та з письмової згоди Застрахованої особи.

18.7. Страховик обробляє персональні дані Застрахованих осіб (у тому числі дані спеціальної категорії) для здійснення добровільного страхування життя Застрахованих осіб, в т.ч. з метою врегулювання збитків за Договором страхування, адміністрування Договору страхування, виявлення фальсифікації даних або даних неналежної форми, одержуваних з медичних установ, а також з метою інформування застрахованих осіб про інші продукти та послуги Страховика, в статистичних цілях і з метою проведення аналізу.

18.8. Страховик та партнери Страховика мають право здійснювати всі дії (операції) з персональними даними Застрахованих осіб (у тому числі з даними спеціальної категорії), включаючи збір, систематизацію, накопичення, зберігання, уточнення (оновлення, зміну), використання, передачу в медичні установи (при необхідності) знеособлення, блокування, знищення. Страховик та партнери Страховика мають право обробляти персональні дані Застрахованих осіб (у тому числі дані спеціальної категорії) за допомогою включення їх до списків і внесення в електронні бази даних Страховика і партнерів Страховика.

18.9. Підписуючи Договір страхування, Страхувальник підтверджує, що ним отримані від Застрахованих осіб письмові згоди на обробку Страховиком та партнерами Страховика їх персональних даних, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» в обсязі, необхідному Страховику в цілях, зазначених у п. 18.7 Правил.

18.10. За запитом Страховика Страхувальник зобов'язується вчасно надати Страховику зазначені письмові згоди Застрахованих осіб.

18.11. У разі відкликання Застрахованою особою своєї згоди на обробку персональних даних, переданого Страхувальнику, Страхувальник зобов'язаний письмово повідомити про це Страховика та надати заяву про припинення дії Договору у відношенні такої Застрахованої особи.

## **19. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

19.1. При невиконанні або неналежному виконанні сторонами умов Договору страхування спори, які виникають, вирішуються шляхом переговорів сторін, а в разі неможливості досягти згоди - в порядку, передбаченому законодавством України..

19.2. Спір про повернення Страховику незаконно отриманої Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) страхової виплати розглядається з обов'язковим дотриманням порядку досудового врегулювання спору.

## **20. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

20.1. Всі розрахунки між сторонами здійснюються відповідно до законодавства України.

Частину II. Правил викласти в наступній редакції:

## **Частина II. Умови Програм страхування.**

### **Програма А. ЗМІШАНЕ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ**

А.1.Страховими ризиками за Програмою А є:

А.1.1.смерть Застрахованої особи протягом всього строку дії Договору страхування (п.4.2.1.Правил);

А.1.2.дожиття Застрахованої особи до закінчення дії Договору страхування (п.4.2.2.Правил) або досягнення Застрахованою особою пенсійного віку або віку, який визначено у Договорі страхування (п.4.2.3.Правил).

А.2.Вік Застрахованої особи не може бути менше 18 (вісімнадцяти) років на дату початку дії Договору страхування та більше 65 (шістдесяти п'яти) років на дату його закінчення.

А.3.Строк дії Договору страхування не може бути менше 1 (одного) року та більше 42 (сорок два) років.

А.4. Договором може встановлюватися порядок сплати страхових внесків, передбачений п.7.5.2. або п.7.5.3.Правил.

А.5.При настанні страхової події, що зазначена у п.А.1.Правил, здійснюється страхова виплата в розмірі страхової суми.

А.6.У всьому іншому, що не обумовлено Програмою А, сторони керуються відповідними положеннями Правил страхування.

### **Програма В. СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ З ФІКСОВАНИМ СТРОКОМ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

В.1.Страховими ризиками за Програмою В є:

В.1.1.смерть Застрахованої особи протягом всього строку дії Договору страхування (п.4.2.1.Правил);

В.1.2.дожиття Застрахованої особи до закінчення дії Договору страхування (п.4.2.2.Правил) або досягнення Застрахованою особою пенсійного віку або віку, який визначено у Договорі страхування (п.4.2.3.Правил);

В.1.3.додатковий ризик – інвалідність I або II групи, якщо вона установлена Застрахованій особі протягом дії Договору страхування (п.4.3.7.Правил).

В.2.Вік Застрахованої особи не може бути менше 18 (вісімнадцяти) років на дату початку дії Договору страхування та більше 65 (шістдесяти п'яти) років на дату його закінчення.

В.3.Строк дії Договору страхування не може бути менше 1 (одного) року та більше 42 (сорок два) років.

В.4.Договором може встановлюватися порядок сплати страхових внесків, передбачений п.7.5.2. або п.7.5.3.Правил.

В.5.При настанні страхової події, що зазначена у п.В.1.1. Правил, здійснюється страхова виплата в розмірі страхової суми після закінчення дії Договору страхування, а також здійснюється страхова виплата після настання страхової події у пропорції  $\in (0;1]$  до страхової суми.

В.6. При настанні страхової події, що зазначена у п.В.1.2. Правил, здійснюється страхова виплата в розмірі страхової суми.

В.7. При настанні страхової події, що зазначена у п.В.1.3. Правил, Страхувальник звільняється від подальшої сплати платежів.

В.8.У всьому іншому, що не обумовлено Програмою В, сторони керуються відповідними положеннями Правил страхування.

### **Програма С. ТЕРМІНОВЕ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ**

С.1.Страховими ризиками за Програмою С є:

С.1.1.смерть Застрахованої особи протягом всього строку дії Договору страхування (п.4.2.1.Правил).



- С.2.Вік Застрахованої особи не може бути менше 1 (одного) року на дату початку дії Договору страхування та більше 75 (семидесяти п'яти) років на дату його закінчення.
- С.3.Строк дії Договору страхування не може бути більше 40 (сорока) років.
- С.4.Договором може встановлюватися будь-який порядок сплати страхових внесків, передбачений п.7.5.Правил.
- С.5.При настанні страхової події, що зазначена у п.С.1.Правил, здійснюється страхова виплата в розмірі страхової суми.
- С.6.У всьому іншому, що не обумовлено Програмою С, сторони керуються відповідними положеннями Правил страхування.

### **Програма D. БЕЗСТРОКОВЕ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ**

- D.1.Страховими ризиками за Програмою D є
- D.1.1.смерть Застрахованої особи протягом всього строку дії Договору страхування (п.4.2.1.Правил);
  - D.1.2.додатковий ризик – інвалідність I або II групи, якщо вона встановлена Застрахованій особі протягом дії Договору страхування (п.4.3.7.Правил).
- D.2.Вік Застрахованої особи не може бути менше 18 (вісімнадцяти) років на дату початку дії Договору страхування.
- D.3.Строк дії Договору страхування – довічно. Терміном початку дії Договору страхування є дата, встановлена в Договорі страхування, терміном закінчення - дата смерті Застрахованої особи.
- D.4.Договором може встановлюватися будь-який порядок сплати страхових внесків, передбачений п.7.5.Правил, при дотриманні таких умов:
- D.4.1.якщо Договором страхування передбачається порядок сплати внесків, встановлений у п.7.5.1 або п.7.5.2.Правил, то вік Застрахованої особи не повинен перевищувати 75 років на дату сплати останнього страхового внеску;
  - D.4.2. якщо Договором передбачається порядок сплати внесків, встановлений у п.7.5.3.Правил, то вік Застрахованої особи не повинен перевищувати 65 років на дату сплати останнього страхового внеску.
- D.5.Договором може бути встановлений один з нижченаведених строків сплати страхових платежів:
- D.5.1.перший рік дії Договору страхування;
  - D.5.2.перші два роки дії Договору страхування;
  - D.5.3.перші п'ять років дії Договору страхування;
  - D.5.4.перші десять років дії Договору страхування;
  - D.5.5.перші п'ятнадцять років дії Договору страхування;
  - D.5.6. перші двадцять років дії Договору страхування;
  - D.5.7.до досягнення Застрахованою особою пенсійного віку (шістдесяти років);
  - D.5.8.до досягнення Застрахованою особою віку 65 (шістдесяти п'яти) років;
  - D.5.9.до досягнення Застрахованою особою віку 75 (сімдесятьох п'яти) років.
- D.6.При настанні страхової події, що зазначена у п.D.1.1.Правил, здійснюється страхова виплата в розмірі страхової суми.
- D.7.При настанні страхової події, що зазначена у п.D.1.2.Правил, Страхувальник звільняється від подальшої сплати платежів.
- D.8.У всьому іншому, що не обумовлено Програмою D, сторони керуються відповідними положеннями Правил страхування.

### **Програма E. КРЕДИТНЕ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ**

- E.1.Страховими ризиками за Програмою E є:
- E.1.1.смерть Застрахованої особи протягом всього строку дії Договору страхування (п.4.2.1.Правил);
  - E.1.2. додатковий ризик - інвалідність I або II групи, якщо вона встановлена Застрахованій особі протягом строку дії Договору страхування (п.4.3.7.Правил).
- E.2.Вік Застрахованої особи не може бути менше 18 (вісімнадцяти) років на дату початку дії Договору страхування та більше 65 (шістдесяти п'яти) років на дату його закінчення.

- Е.3. Установлена Договором страхування страхова сума на першій рік страхування зменшується впродовж строку дії Договору страхування відповідно до математичного закону зменшення розміру заборгованості за кредитом при його погашенні рівними частками. Графік страхової суми вказується в Договорі страхування.
- Е.4.Строк дії Договору страхування встановлюється терміном, що рівний терміну, на який Застрахованій особі надається кредит (позика), при цьому термін страхування не може бути меншим одного року.
- Е.5. Договором може встановлюватися порядок сплати страхових платежів, передбачений п.7.5.1. або п.7.5.3.Правил.
- Е.6.При настанні першої зі страхових подій, що зазначені у п. Е.1. Правил, здійснюється страхова виплата в розмірі страхової суми на момент настання страхової події згідно п.Е.3. Правил.
- Е.7.У всьому іншому, що не обумовлено Програмою Е, сторони керуються відповідними положеннями Правил страхування.

## **Програма Ф. ДОВГОСТРОКОВЕ НАКОПИЧУВАЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ**

- Ф.1.Страховими ризиками за Програмою Ф є:
- Ф.1.1.смерть Застрахованої особи протягом всього строку дії Договору страхування (п.4.2.1.Правил);
- Ф.1.2. дожиття Застрахованої особи до закінчення дії Договору страхування (п.4.2.2.Правил) або досягнення Застрахованою особою пенсійного віку або віку, який визначено у Договорі страхування (п.4.2.3.Правил).
- Ф.2.Вік Застрахованої особи не може бути менше 18 (вісімнадцяти) років на дату початку дії Договору страхування та більше 65 (шістдесяти п'яти) років на дату його закінчення.
- Ф.3. Строк дії Договору страхування не може бути менше 5 (п'яти) року та більше 42 (сорок два) років.
- Ф.4.Договором може встановлюватися порядок сплати страхових платежів, передбачений п.7.5.1.Правил або п.7.5.2.Правил (тільки щорічно).
- Ф.5.При настанні страхової події, що зазначена у п.Ф.1.2.Правил, здійснюється страхова виплата в розмірі страхової суми.
- Ф.6.У разі смерті Застрахованої особи впродовж терміну страхування (п.4.2.1.Правил) страхова виплата здійснюється залежно від встановленого Договором порядку сплати страхових платежів (п.Ф.4.Правил) та строку дії Договору страхування:
- Ф.6.1.у разі одноразової сплати страхового платежу – у розмірі, що відповідає сумі страхових платежів, збільшеному залежно від строку дії Договору страхування, визначеному за формулою:  $S = P \cdot (1 + 0,03 \cdot (N - 5))$ , де S – страхова виплата на випадок смерті, P – страховий платіж, N – строк дії Договору страхування (років);
- Ф.6.2.у разі щорічної розстрочки страхових платежів – у розмірі, що відповідає сумі страхових платежів, сплачених до дати смерті Застрахованої особи, що збільшена залежно від строку дії Договору страхування, визначеному за формулою:  $S = \sum_{i=1}^k P_i \cdot (1 + 0,03 \cdot (N - 5))$ , де S – страхова виплата на випадок смерті;  $P_i$  – і-й страховий платіж; k – число сплачених платежів, N – строк дії Договору страхування (років).
- Ф.7.У всьому іншому, що не обумовлено Програмою Ф, сторони керуються відповідними положеннями Правил страхування.

## **Програма Г. СТРАХУВАННЯ НА ДОЖИТТЯ З ВИПЛАТОЮ СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ У ВИПАДКУ СМЕРТІ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ**

- Г.1.Страховими ризиками за Програмою Г є:
- Г.1.1.смерть Застрахованої особи протягом всього строку дії Договору страхування (п.4.2.1.Правил);
- Г.1.2. дожиття Застрахованої особи до закінчення дії Договору страхування (п.4.2.2.Правил);
- Г.2.Вік Застрахованої особи не може бути менше 1 (одного) року на дату початку дії Договору страхування та більше 70 (семидесяти) років на дату його закінчення.

G.3. Строк дії Договору страхування не може бути менше 1 (одного) року та більше 42 (тридцяти сорок два) років.

G.4. Договором може встановлюватися порядок сплати страхових платежів, передбачений п.7.5.1. або п.7.5.2.Правил.

G.5. Якщо вік Застрахованої особи не перевищує 18 (вісімнадцяти) років на дату початку строку дії Договору страхування та не буде перевищувати 23 (двадцяти трьох) років на дату його закінчення, то Програма G може включати додаткову програму N Правил страхування.

G.6. При настанні страхової події, що зазначена у п.G.1.1.Правил, здійснюється страхова виплата в розмірі суми страхових платежів, сплачених до дати смерті Застрахованої особи.

G.7. При настанні страхової події, що зазначена у п.G.1.2.Правил, здійснюється страхова виплата в розмірі страхової суми.

G.8. У всьому іншому, що не обумовлено Програмою G, сторони керуються відповідними положеннями Правил страхування.

## **Програма Н. СТРАХУВАННЯ ВІДСТРОЧЕНИХ АНУЇТЕТІВ.**

Н.1. Страховими ризиками за Програмою Н є:

Н.1.1. смерть Застрахованої особи протягом періоду очікування (п.4.2.1.Правил);

Н.1.2. досягнення Застрахованою особою пенсійного віку або віку, який визначено у Договорі страхування (п.4.2.3.Правил);

Н.2. Договір може передбачати гарантований період виплат ануїтету тривалістю 5 (п'ять), 10 (десять) або 15 (п'ятнадцять) років. У цьому випадку при настанні смерті Застрахованої особи під час гарантованого періоду виплат ануїтету Страховик здійснює виплати ануїтету зазначеному в Договорі страхування Вигодонабувачу до дати закінчення гарантованого періоду виплат ануїтету, в розмірі, в якому страхові виплати здійснювалися Застрахованій особі при житті.

Н.3. Вік Застрахованої особи не може бути меншим 18 (вісімнадцяти) років та більшим 75 (сімдесятьох п'яти) років на дату початку дії Договору страхування.

Н.4. Договором може встановлюватися порядок сплати страхових платежів, передбачений п.7.5. Правил.

### Н.5. Страхові виплати.

Н.5.1. Страхова сума за ризиком згідно п.Н.1.1.:

- за програмою Н1 страхова сума встановлюється у пропорції до річної виплати ануїтету. Відповідний коефіцієнт пропорційності зазначається у Договорі страхування.
- за програмами Н2 та Н3 страховою сумою є страхові платежі, що сплачені за Програмою Н до дати смерті Застрахованої особи.

Розмір однієї річної виплати ануїтету, встановлений на дату укладення Договору страхування, повинна бути не меншою суми, рівної 12-кратному мінімальному розміру оплати праці (надалі по тексту – “МРОП”), який установлений Кабінетом міністрів України на дату укладання Договору страхування.

Розмір річних виплат ануїтетів для редукованих Договорів страхування згідно п.7.8. Правил або Договорів страхування, переведених у повністю оплачені згідно п.7.13.Правил, повинен бути не меншим суми, рівної 6-кратному МРОП, який установлений Кабінетом міністрів України на дату переведення Договору страхування в повністю оплачений.

Н.6. При настанні страхової події, що зазначена у п.Н.1.1.Правил, здійснюється страхова виплата в розмірі відповідної страхової суми.

### Н.7. Порядок і умови здійснення страхової виплати.

Н.7.1. Виплата ануїтету здійснюється Страховиком у розмірі, зазначеному в Договорі страхування, за умови, що страхові платежі сплачувалися Страхувальником у розмірі й у строки, які встановлені Договором страхування.

Н.7.2. Виплата ануїтету здійснюється Страховиком у строк не пізніше 10 (десяти) робочих днів з дати виплати ануїтету, встановленої Договором.

Н.7.3. Якщо Договором страхування не встановлений гарантований період виплат ануїтету, то:

- у разі смерті Застрахованої особи після закінчення періоду очікування виплати продовжуються до дати смерті Застрахованої особи;

- у разі смерті Застрахованої особи протягом періоду очікування здійснюється страхова виплата в розмірі відповідної страхової суми, а анuitет не виплачується.

Н.7.4. Якщо Договором страхування встановлений гарантований період виплат анuitету, то:

- у разі смерті Застрахованої особи після закінчення гарантованого періоду виплат анuitету виплати продовжуються до дати смерті Застрахованої особи;
- у разі смерті Застрахованої особи протягом гарантованого періоду виплат анuitету виплати продовжуються до дати закінчення гарантованого періоду виплат анuitету;
- у разі смерті Застрахованої особи протягом періоду очікування здійснюється страхова виплата в розмірі відповідної страхової суми, а анuitет не виплачується.

Н.7.5. До настання першої дати виплати анuitету Застрахована особа має право змінити порядок здійснення страхових виплат, наприклад, заміни виплату анuitету на одноразову страхову виплату на момент дати першої виплати анuitету, якщо це право не буде прямо заборонено діючим законодавством України на дату таких змін. Розмір відповідної одноразової страхової виплати розраховується актуарно. Відповідну вимогу Застрахована особа або його представник повинен направити Страховикові в письмовому вигляді. Дана вимога повинна бути отримана Страховиком не менш, ніж за три роки до першої дати виплати анuitету. Після одержання такої вимоги, але не пізніше, ніж за один місяць до першої дати виплати анuitету, Страховик і Страхувальник підписують відповідне доповнення до Договору страхування.

Н.7.6. Протягом періоду виплат анuitету, за винятком гарантованого періоду виплат, якщо останній передбачається Договором страхування, Застрахована особа зобов'язана не рідше, ніж один раз у квартал (три місяці) особисто прибути до Страховика або надати можливість представникові Страховика засвідчити факт життя Застрахованої особи. Невиконання даної вимоги надає право Страховикові призупинити виплати анuitету. Виплати анuitету можуть бути відновлені протягом 3 (трьох) років від дня призупинення, при цьому страхова виплата, не виплачена у зв'язку із призупиненням виплат анuitету, здійснюється одноразовим платежем. Якщо протягом даних 3 (трьох) років Страховик не одержить докази життя Застрахованої особи, Договір страхування припиняє свою дію.

#### Н.8. Викупна сума й порядок її виплати.

Н.8.1. У випадку дострокового припинення Договору страхування у період очікування анuitету Страховик виплачує викупну суму, розраховану відповідно до Методики розрахунку розміру викупних сум (відповідно до Додатку №2 до Правил). У період виплат анuitету викупна сума встановлюється такою, що дорівнює 0.

#### Н.9. Програма Н1.

Н.9.1. Страховими ризиками за Програмою Н1 є:

Н.9.1.1. смерть Застрахованої особи протягом періоду очікування (п.4.2.1.Правил);

Н.9.1.2. досягнення Застрахованою особою пенсійного віку або віку, який визначено у Договорі страхування (п.4.2.3.Правил).

Н.9.2. Договір може передбачати гарантований період виплат анuitету тривалістю 5 (п'ять), 10 (десять) або 15 (п'ятнадцять) років.

Покриття за ризиком смерті діє протягом періоду очікування анuitету. Страхова сума у випадку смерті Застрахованої особи становить  $\sum_1 > 0$  річних виплат анuitету.

Виплата анuitету не розпочинається та Договір страхування припиняє свою дію у випадку здійснення страхової виплати за ризиком смерті.

Н.9.3. Договором страхування може встановлюватися порядок сплати страхових платежів, передбачений пп.7.5.1 або 7.5.2.Правил.

Н.9.4. У всьому іншому, що не обумовлено Програмою Н1, сторони керуються відповідними положеннями Правил.

#### Н.10. Програма Н2.

Н.10.1. Страховими ризиками за Програмою Н2 є:

Н.10.1.1. смерть Застрахованої особи протягом періоду очікування (п.4.2.1.Правил);

Н.10.1.2. досягнення Застрахованою особою пенсійного віку або віку, який визначено у Договорі страхування (п.4.2.3.Правил).

Н.10.2. Договір може передбачати гарантований період виплат анuitету тривалістю 5 (п'ять), 10

(десять) або 15 (п'ятнадцять) років.

Покриття за ризиком смерті діє протягом періоду очікування ануїтету. Страховою сумою у випадку смерті Застрахованої особи є сума страхових платежів, сплачених за Програмою Н2 до дати смерті Застрахованої особи.

Виплата ануїтету не розпочинається та Договір страхування припиняє свою дію у випадку здійснення страхової виплати за ризиком смерті.

Н.10.3.Договором страхування може встановлюватися порядок сплати страхових платежів, передбачений пп.7.5.1 або 7.5.2.Правил.

Н.10.4.У всьому іншому, що не обумовлено Програмою Н2, сторони керуються відповідними положеннями Правил.

### **Н.11. Програма Н3. Страхування подружнього ануїтету.**

Н.11.1. Договір передбачає страхування подружньої виплати ануїтету. У такому випадку обидва члени подружжя є Застрахованими особами. При цьому один з членів (перша Застрахована особа) є Страховальником, другий (друга Застрахована особа) - Вигодонабувачем.

Страховими ризиками за Програмою Н3 є:

Н.11.1.1.смерть першої Застрахованої особи протягом періоду очікування ануїтету (п.4.2.1.Правил);

Н.11.1.2.досягнення першою Застрахованою особою пенсійного віку або віку, який визначено у Договорі страхування (п.4.2.3.Правил).

Н.11.2.Договір не передбачає гарантованого періоду виплат ануїтету. Покриття за ризиком смерті діє протягом терміну очікування. Страховою сумою у випадку смерті першої Застрахованої особи є сума страхових платежів, сплачених за Програмою Н3 до дати смерті першої Застрахованої особи.

Н.11.3.Договором страхування може встановлюватися порядок сплати страхових платежів, передбачений пп.7.5.1 або 7.5.2.Правил.

Н.11.4.У випадку смерті першої Застрахованої особи в період виплат ануїтету, крім випадків, зазначених у п.Н.11.6 Правил, Страховик зобов'язується продовжувати здійснення виплат ануїтету довічно, доки друга Застрахована особа є живою.

Н.11.5. Виплата ануїтету не розпочинається та Договір страхування припиняє свою дію у випадку смерті першої Застрахованої особи протягом періоду очікування ануїтету. У цьому випадку другій Застрахованій особі здійснюється страхова виплата в розмірі страхових платежів, сплачених за Програмою Н3 до дати смерті першої Застрахованої особи. Договір страхування припиняє свою дію з дати смерті першої Застрахованої особи в такому випадку.

Н.11.6.Страховим випадком не є смерть першої Застрахованої особи в період виплат ануїтету, що наступила внаслідок навмисних дій другої Застрахованої особи або осіб, що діяли за її дорученням, спрямованих на настання страхового випадку. У такому випадку дія Договору страхування припиняється на дату смерті першої Застрахованої особи або на дату закінчення гарантованого періоду виплат ануїтету, якщо такий був передбачений Договором страхування.

Н.11.7. Програма страхування припиняє свою дію у випадках:

- смерті першої Застрахованої особи під час накопичувального періоду. У цьому випадку другій Застрахованій особі виплачується страхова виплата в розмірі страхових платежів, сплачених за Програмою Н3 до дати смерті першої Застрахованої особи. Договір страхування припиняє свою дію з дати смерті першої Застрахованої особи;

- у випадку смерті другої Застрахованої особи, що сталася раніше, ніж смерть першої Застрахованої особи. У цьому випадку програма страхування Н3 діє згідно умов програми Н2 щодо першої Застрахованої особи із незмінними розмірами страхових виплат та страхової суми.

Н.11.8. У всьому іншому, що не обумовлено Програмою Н3, сторони керуються відповідними положеннями Правил.

## **Додаткова програма І. СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ ТА ХВОРОБ**

І.1. Страхові ризики за Додатковою програмою І, що можуть передбачатись умовами Договору страхування, та їх визначення:

І.1.1. смерть Застрахованої особи в результаті нещасного випадку (п.4.3.1.Правил);

I.1.2.1. встановлення Застрахованій особі інвалідності I та/або II та/або III групи або категорії «дитина-інвалід до досягнення віку 18 років» в результаті нещасного випадку (п.4.3.2. Правил); Подія, зазначена в п. I.1.2.1. цього розділу, визнається страховим випадком, якщо інвалідність Застрахованої особи встановлена згідно чинного законодавства та є прямим наслідком ушкоджень, одержаних Застрахованою особою в результаті нещасного випадку.

I.1.2.2. постійна повна або часткова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті нещасного випадку (п.4.3.3. Правил);

Події, зазначені в п. I.1.2.2. Правил, визнаються страховими випадками, якщо внаслідок нещасного випадку Застрахована особа зазнає тілесних ушкоджень, що зумовлюють постійну повну або часткову незворотну нездатність його до професійної діяльності та з приводу яких виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

I.1.3.1. тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті нещасного випадку (п.4.3.4. Правил);

Події, зазначені в п. I.1.3.1. Правил, визнаються страховими випадками, якщо Застрахована особа зазнає погіршення стану здоров'я, що перебуває в прямому причинному зв'язку із нещасним випадком, зумовлює тимчасову непрацездатність Застрахованої особи та з приводу чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату. Термін страхування по ризику не може перевищувати досягнення Застрахованою особою віку 65 років, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

Тимчасова непрацездатність – тимчасова нездатність Застрахованої особи до професійної діяльності, що супроводжується звільненням (за приписом лікаря) від роботи на строк, необхідний для проведення лікування та відновлення працездатності.

I.1.3.2. тілесні ушкодження Застрахованої особи в результаті нещасного випадку (п. 4.3.5. Правил);

Події, зазначені в п. I.1.3.2. Правил, визнаються страховими випадками, якщо внаслідок нещасного випадку Застрахована особа зазнає тілесних ушкоджень, з приводу яких виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

Тілесні ушкодження - це порушення анатомічної цілості тканин, органів та їх функцій, що виникають як наслідок дії одного чи кількох зовнішніх ушкоджуючих факторів – фізичних або хімічних.

I.1.3.3. розлад здоров'я Застрахованої особи в результаті нещасного випадку (п. 4.3.6. Правил);

Події, зазначені в п. I.1.3.3. Правил, визнаються страховими випадками, якщо внаслідок нещасного випадку у Застрахованої особи виникає розлад здоров'я, з приводу якого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

I.1.4. смерть Застрахованої особи в результаті хвороби (п.4.3.8. Правил);

I.1.5. встановлення Застрахованій особі інвалідності I та/або II та/або III групи або категорії «дитина-інвалід до досягнення віку 18 років» в результаті хвороби (п.4.3.9. Правил);

Подія, зазначена в п. I.1.5. Правил, визнається страховим випадком, якщо інвалідність Застрахованої особи встановлена згідно чинного законодавства та є наслідком хвороби Застрахованої особи.

I.1.6. тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби (п.4.3.10. Правил);

Події, зазначені в п. I.1.6. Правил, визнаються страховими випадками, якщо Застрахована особа зазнає погіршення стану здоров'я, що перебуває в прямому причинному зв'язку із хворобою, зумовлює тимчасову непрацездатність Застрахованої особи та з приводу чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату. Термін страхування по ризику не може перевищувати досягнення Застрахованою особою віку 65 років, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

I.1.7. смерть Застрахованої особи в результаті дорожньо-транспортної пригоди (п.4.3.11. Правил);

Подія, зазначена в п. I.1.7. Правил, визнається страховим випадком, якщо смерть Застрахованої особи настала внаслідок дорожньо-транспортної пригоди (ДТП), в якій Застрахована особа приймала безпосередню участь в якості пішохода або водія чи пасажера транспортного засобу.

Дорожньо-транспортна пригода – транспортна аварія, що виникла в процесі дорожнього руху за участю транспортного засобу з об'ємом двигуна не менше 80 см<sup>3</sup> та призвела до загибелі людей.

I.1.8. смерть Застрахованої особи в результаті авіакатастрофи (п.4.3.12. Правил);

Подія, зазначена в п. I.1.8. Правил, визнається страховим випадком, якщо смерть Застрахованої особи настала внаслідок авіакатастрофи.

Авіакатастрофа – катастрофа або аварія повітряного судна зареєстрованої авіакомпанії (за винятком авіакомпаній, що занесені в міжнародні списки небезпечних для життя, дійсні на дату аварії), яке виконувало зареєстрований авіаційний переліт, внаслідок чого загинули пасажирів та/або члени екіпажу та/або особи, які опинилися на місці катастрофи або аварії.

I.1.9. смерть Застрахованої особи в результаті катастрофи на транспорті (п.4.3.13. Правил);

Подія, зазначена в п. I.1.9. Правил, визнається страховим випадком, якщо смерть Застрахованої особи настала внаслідок:

- події, зазначеної в п. I.1.7. Правил, або

- аварії зареєстрованого залізничного транспорту, в якому Застрахована особа перебував в якості пасажирів, або

- аварії рейсового літака зареєстрованої авіакомпанії (за винятком авіакомпаній, що занесені в міжнародні списки небезпечних для життя), при цьому Застрахована особа перебував в якості пасажирів, або

- аварії рейсового зареєстрованого водного транспортного засобу, в якому Застрахована особа перебував в якості пасажирів.

I.1.10. смерть Застрахованої особи в результаті злочинного нападу третіх осіб (п.4.3.14. Правил);

Подія, зазначена в п. I.1.10. Правил, визнається страховим випадком, якщо смерть Застрахованої особи настала внаслідок вбивства або не пізніше, ніж протягом 6 (шести) місяців від дня навмисного заподіяння Застрахованій особі тілесних ушкоджень третіми особами, та при цьому Застрахована особа в результаті розслідування була визнана потерпілою та такою, що не скоювала під час події протиправних дій.

Факт вбивства або навмисного заподіяння третіми особами тілесних ушкоджень Застрахованій особі має бути доведений судом, а рішення суду набрати законної сили (у випадку, якщо кримінальну справу за фактом вбивства або навмисного заподіяння ушкоджень закрито без направлення до суду – то такий факт має бути підтверджений результатами слідства).

I.1.11. постійна повна втрата працездатності Застрахованої особи в результаті нещасного випадку та/або захворювання (п.4.3.20. Правил).

Постійна повна втрата працездатності в результаті нещасного випадку та/або захворювання визначається як стійкий розлад здоров'я, що несе за собою неможливість займатися будь-яким видом трудової діяльності, що триває протягом не менше 365 днів, при умови збереження діагнозу (стану непрацездатності) весь цей період і відсутності позитивної динаміки на момент виплати. При цьому обов'язковим критерієм є втрата не менше трьох необхідних функцій життєдіяльності, таких як:

- пересування: здатність самостійно (без сторонньої допомоги) лягати або вставати з ліжка, сидати або вставати зі стільця;
- умивання: здатність самостійно митися в ванні або душі, або іншим способом самостійно забезпечувати особисту гігієну;
- одягання: здатність самостійно одягатися та роздягатися, одягати та знімати допоміжні медичні апарати або пристосування, що зазвичай носяться;
- харчування: здатність самостійно приймати готову для вживання їжу;
- відвідування туалету: здатність самостійно діставатися до туалету і повертатися з нього, сидати та вставати в туалеті, підтримувати достатній рівень особистої гігієни;
- регуляція функцій кишківника або сечового міхура: здатність довільно контролювати функцію кишківника або сечового міхура без використання катетерів, вбираючих прокладок або інших штучних пристосувань.

Постійна повна втрата працездатності повинна тривати безперервно не менше 365 днів з моменту травми або захворювання, що виникли в період дії Договору страхування. Після закінчення 365 днів з моменту травми та/або захворювання, за відсутності позитивної

динаміки, прогноз, щодо відновлення функцій, повинен залишатися незмінним (негативним) і Застрахована особа повинна потребувати постійного догляду (допомоги або нагляду) згідно медичних показань, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Постійна повна втрата працездатності повинна бути підтверджена лікарем або лікарською комісією, які призначаються Страховиком.

I.1.12. постійна часткова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті нещасного випадку та/або захворювання (п.4.3.21. Правил).

Постійна часткова втрата працездатності в результаті нещасного випадку та/або хвороби визначається як повна і непоправна втрата будь-якої частини тіла або можливості користуватися нею, як зазначено у переліку виплат, наведеному у “Таблиці розмірів страхових виплат при постійній частковій втраті працездатності в результаті нещасного випадку та/або захворювання” (Додаток №3.1. до Правил), незалежно від професії або займаної посади Застрахованої особи.

Постійна часткова втрата працездатності повинна тривати безперервно не менше 180 днів з моменту травми або захворювання, що виникли в період дії договору страхування, а після закінчення 180 днів з моменту травми та/або захворювання за відсутності позитивної динаміки, прогноз, щодо відновлення функцій, повинен залишатися незмінним (негативним), якщо інше не передбачено договором страхування.

Страховик має право призначити лікаря або лікарську комісію для підтвердження претензій та/або оцінки величини постійної часткової втрати працездатності.

I.2. Договором страхування можуть встановлюватись зазначені нижче та інші варіанти часу дії Додаткової програми страхування I за ризиками I.1.1.-I.1.3. та I.1.7- I.1.10:

I.2.1. під час виконання Застрахованою особою службових обов'язків або інших специфічних видів діяльності;

I.2.2. під час виконання Застрахованою особою службових обов'язків або інших специфічних видів діяльності, у тому числі по дорозі на роботу та по дорозі з роботи, при цьому Договір страхування діє не більше однієї години під час слідування Застрахованої особи на/чи з роботи;

I.2.3. 24 години на добу.

I.3. Вік Застрахованої особи не може бути менше 1 (одного) року на дату початку дії Договору страхування та більше 75 (семидесяти п'яти) років на дату закінчення дії Додаткової програми I. Строк дії Додаткової програми страхування I не повинен починатися раніше та закінчуватися пізніше, ніж строк дії Основної програми страхування.

I.4. Крім виключень із страхових випадків, зазначених в п.6.1. Правил, також виключеннями із страхових випадків, якщо інше не передбачено Договором страхування, є:

I.4.1. За ризиками I.1.4., I.1.5., I.1.11. та I.1.12. Правил – смерть, інвалідність або постійна повна/часткова втрата працездатності Застрахованої особи, що наступила внаслідок загрозливого життю захворювання, що зазначене в п. 2.7. Правил та яке було в Страхувальника/Застрахованої особи на дату укладання Договору, за умови, що Страховик не був проінформований про це при укладанні Договору.

I.4.2. За ризиком I.1.6. Правил:

– тимчасова втрата працездатності у зв'язку з необхідністю догляду за дитиною або членом родини; внаслідок вагітності або її переривання; лікування зубів, венеричних хвороб, психічних, наркологічних хвороб або неврозів незалежно від їхньої класифікації, харчової токсикоінфекції (за винятком випадків, що спричинили за собою госпіталізацію хворого), захворювань, набутих при проведенні лікування методами народної (нетрадиційної) медицини, тимчасова непрацездатність з приводу профілактичного або санаторно-курортного лікування, косметичних процедур, припису окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, проходження будь-яких дослідних та експериментальних процедур.

I.4.3. За ризиком I.1.10. Правил - події, що зазначені в п. I.1.10. Правил, якщо вони сталися:  
- за наявності у Застрахованої особи психічних захворювань;



- під час перебування Застрахованої особи в стані алкогольного сп'яніння (концентрація алкоголю в крові 1,5‰ та вище);
- в результаті застосування терапевтичних або оперативних методів лікування, які Застрахована особа доручає іншій особі, за винятком випадків, коли необхідність лікування була викликана нещасним випадком, що відбувся протягом дії договору страхування;
- за обставин, з приводу яких в силу будь-яких причин не було порушено кримінальну справу або її результати не встановили факту вбивства Застрахованої особи чи навмисного заподіяння їй тілесних ушкоджень, що спричинили за собою смерть;
- під час скоєння (або спроби скоєння) Застрахованою особою протиправної дії, за яку передбачена кримінальна відповідальність;

I.5. Страховий внесок за Договором страхування повинен сплачуватися у відповідності до графіку, наведеного у Договорі страхування.

I.6. При настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в п.І.1.1, п.І.1.4., І.1.7., І.1.8., І.1.9. та І.1.10 Правил, страхова виплата визначається в розмірі 100% страхової суми за ризиком смерті, встановленої для Застрахованої особи.

I.7.1. При настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в п.І.1.2.1. або в п.І.1.5. Правил, розмір страхової виплати визначається Договором страхування наступним чином:

- При встановленні І-ї групи інвалідності – до 100%;
- При встановленні ІІ-ї групи інвалідності – до 100%;
- При встановленні ІІІ-ї групи інвалідності - до 100%
- При встановленні категорії «дитина-інвалід до досягнення віку 18 років» - до 100%

від страхової суми за ризиком І.1.2.1. та І.1.5. Правил, встановленої для Застрахованої особи.

I.7.2. При настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в п.І.1.2.2. Правил, розмір страхової виплати визначається згідно «Таблиці розмірів страхових виплат при постійній втраті працездатності в результаті нещасного випадку», виходячи зі страхової суми за ризиком І.1.2.2. Правил, встановленої для Застрахованої особи. Варіанти «Таблиць розмірів страхових виплат при постійній втраті працездатності в результаті нещасного випадку» наведені в Додатку №3 до Правил.

I.8. При настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в п.І.1.3.1. та в п. І.1.6. Правил, розмір страхової виплати встановлюється Договором страхування та становить від 0,1% до 1% страхової суми за ризиком тимчасової втрати працездатності, встановленої для Застрахованої особи, за кожний день тимчасової непрацездатності незалежно від того, чи закінчився період тимчасової непрацездатності до або після закінчення терміну страхування, але не більше 45 днів безперервно та не більше 100 днів протягом року страхування, якщо Договором страхування не передбачено інше обмеження кількості днів.

Під час повторної втрати працездатності Застрахованою особою за тієї ж самої причини виплата проводиться, якщо проміжок часу між двома періодами непрацездатності склав не менше 90 днів, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Період тимчасової непрацездатності повинен починатись в період дії Договору страхування.

В залежності від умов Договору страхування розрахунок страхової виплати може проводитись за одним із варіантів:

а) виходячи з кількості робочих днів непрацездатності за винятком офіційно оголошених вихідних (субота, неділя) та святкових днів;

б) виходячи з кількості календарних днів непрацездатності.

Страховик має право при укладенні Договору страхування встановити відкладений період до 30 перших календарних днів тимчасової непрацездатності. Якщо Договором страхування встановлений відкладений період, то дні, що припадають на відкладений період, не враховуються при розрахунку страхової виплати.

Варіант, за яким при настанні страхового випадку буде розраховуватися розмір страхової виплати, встановлюється при укладанні Договору страхування.

I.9. При настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в п.І.1.3.2. Правил, розмір страхової виплати визначається згідно з обраним в Договорі страхування варіантом «Таблиці розмірів страхових виплат при тілесних ушкодженнях» та шкали, залежно від тяжкості травми, виходячи зі страхової суми за ризиком тілесних ушкоджень внаслідок нещасного випадку, встановленої для Застрахованої особи. Варіанти «Таблиць розмірів страхових виплат при тілесних ушкодженнях» наведені в Додатку №4 до Правил.

I.10. При настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в п.І.1.3.3. Правил, розмір страхової виплати визначається згідно «Таблиці розмірів страхових виплат при розладі здоров'я внаслідок нещасного випадку» (Додаток №4.1. до Правил) та відповідно до шкали, яку обрано Договором страхування, залежно від тяжкості травми або тривалості безперервного лікування, виходячи зі страхової суми за ризиком розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку, встановленої для Застрахованої особи.

I.11. При настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в п.І.1.11. Правил, розмір страхової виплати визначається в розмірі 100% страхової суми за ризиком І.1.11. Правил, встановленої для Застрахованої особи. Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі чи призначеному за Договором страхування Вигодонабувачу, але не раніше ніж через 365 днів після настання страхового випадку, при наданні Застрахованою особою (Вигодонабувачем, Страхувальником або законним представником) документального підтвердження відсутності позитивної динаміки і відсутності позитивного прогнозу, підтверджених лікарем або лікарською комісією, які призначаються Страховиком і за умови дотримання Застрахованою особою (Вигодонабувачем, Страхувальником або законним представником) вимог цих Правил та умов Договору страхування.

I.12. При настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в п.І.1.12. Правил, розмір страхової виплати визначається згідно «Таблиці розмірів страхових виплат при постійній частковій втраті працездатності в результаті нещасного випадку та/або захворювання» (Додаток №3.1. до Правил), виходячи зі страхової суми за ризиком І.1.12. Правил, встановленої для Застрахованої особи.

Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі чи призначеному за Договором страхування Вигодонабувачу, але не раніше ніж через 180 днів після настання страхового випадку, при наданні Застрахованою особою (Вигодонабувачем, Страхувальником або законним представником) документального підтвердження відсутності позитивної динаміки і відсутності позитивного прогнозу, підтверджених лікарем або лікарською комісією (у випадку їх призначення Страховиком) і за умови дотримання Застрахованою особою (Вигодонабувачем, Страхувальником або законним представником) вимог цих Правил та умов Договору страхування.

При втраті «можливості користуватися органом» або настанні глухоти Страховик або лікарі, призначені Страховиком, можуть назначити період очікування тривалістю не більше шести місяців від дати подання заяви, якщо Страховик або лікар (і) прийдуть до висновку, що така втрата працездатності є тимчасовою і виліковується без медичного втручання. Якщо втрата працездатності зберігається після закінчення періоду очікування, то Страховик здійснює страхову виплату.

I.13. Дія цієї Програми страхування може бути припинена Страховиком з дати будь-якої річниці дії Програми шляхом надання письмового повідомлення Страхувальнику. Письмове повідомлення надається не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до дати припинення, і в такому випадку страхування Застрахованої особи припиняється в 00 годин 00 хвилин у день чергової річниці цієї Програми.

I.14. У всьому іншому, що не обумовлено Програмою І, сторони керуються відповідними положеннями Правил страхування.

## **Додаткова програма J. СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК КРИТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

J.1. Страховим ризиком за Додатковою програмою J є встановлення Застрахованій особі лікарем, який має необхідну кваліфікацію, заключного діагнозу критичного захворювання або проведення Застрахованій особі хірургічних операцій, перелічених в п.J.2.Правил (п. 4.3.15 Правил). Заключний діагноз критичного захворювання або хвороба, що потребує проведення хірургічних операцій повинен/повинна бути вперше встановлений/діагностована в період дії Договору страхування.

J.2. Під критичними захворюваннями та операціями розуміються:

J.2.1. - наявність злякисного новоутворення, яке характеризується прогресуючим неконтрольованим зростанням, розповсюдженням злякисних клітин і інвазією і деструкцією нормальних і оточуючих новоутворення тканин. Позитивний діагноз раку повинен отримати гістопатологічне підтвердження.

Виключаються наступні пухлини:

- Хвороба Ходжкіна та неходжкінська лімфома стадії I (по класифікації Енн-Арбор);
- Лейкемія, крім хронічної лімфоцитарної лейкемії, у відсутності генералізованої дисемінації лейкемічних клітин в кровотворному кістковому мозку;
- Пухлини, які виявляють злякисні зміни карциноми *in situ* (включаючи дисплазію шийки матки CIN-1, CIN-2 і CIN-3), або гістологічно описані як передракові захворювання;
- Всі раки шкіри, за винятком тих випадків, коли є докази метастазів, або коли пухлина є злякисною меланомою з максимальною товщиною більше 1,5 мм, підтвердженої за допомогою гістологічного дослідження з використанням методу Бреслоу;
- Не загрожуючи життю раки, такі як раки передміхурової залози, які гістологічно описані як T1 (a) або T1 (b) за класифікацією TNM або мають еквівалентну чи меншу стадію за іншою класифікацією;
- Папілярна мікрокарцинома щитовидної залози;
- Неінвазивний папілярний рак сечового міхура, гістологічно описаний, що має стадію TaN0M0 або менше;
- Хронічна лімфоцитарна лейкемія на стадії, що менша стадії I по класифікації RA1 або стадії AI по Бінету.

J.2.2. – означає інсульт, викликаний цереброваскулярними порушеннями. Інсульт повинен призвести до неврологічних порушень, а саме – стійкого та незворотного зниження функції, як мінімум, цілком однієї кінцівки, де кінцівка визначається як рука, включаючи кисть, або нога, включаючи стопу. Це зниження повинно бути підтверджено шляхом спеціального неврологічного обстеження.

Або Інсульт повинен призвести до неврологічних порушень, що викликає стійку та незворотну нездатність Застрахованої особи:

- пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або
- самостійно приймати приготовлену і подану їй їжу, або
- спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення без допоміжних засобів.

Оцінка станів, перерахованих вище, може бути проведена не раніше ніж через 3 місяці після інсульту. Повинні бути явні докази, отримані за допомогою КТ, МРТ або аналогічної методики візуалізації, того, що мав місце інсульт, або інфаркт тканини мозку або внутрішньочерепний або субарахноїдальний крововилив.

J.2.3. – однозначний діагноз загибелі ділянки серцевого м'яза, що сталася через недостатнє кровопостачання відповідної області. Повинні бути дотримані наступні критерії:

- Типовий біль в центральній частині грудної клітки, що є симптомом інфаркту міокарда;
- Діагностично значиме збільшення специфічних серцевих маркерів, типових для інфаркту міокарда;

- Нові зміни на ЕКГ, що типові для гострого інфаркту міокарда;
- Підтверджене зниження функції лівого шлуночка, наприклад - зниження фракції викиду лівого шлуночка або значна гіпокінезія, акінезія або аномалії руху стінки, обумовлені інфарктом міокарда.

J.2.4. – фактично перенесене аорто-коронарне шунтування за допомогою торакотомії з метою корекції або лікування захворювання коронарної артерії. Ангіопластика та інші нехірургічні методи лікування, включаючи лазеротерапію не є страховим випадком.

Рішення про страхову виплату не може бути прийняте до проведення операції.

J.2.5. - термінальна стадія ниркової недостатності, що представляє собою хронічне незворотне порушення функції обох нирок, у результаті якого було розпочато регулярний гемодіаліз або проведена трансплантація нирки.

З визначення виключається наступні випадки:

- ниркова недостатність у стадії компенсації;
- ниркова недостатність за відсутності необхідності в постійному гемодіалізі або трансплантації нирки.

Рішення про страхову виплату не може бути прийняте до проведення діалізу або до трансплантації нирки.

J.2.6. – означає пересадку органу від людини до людини, тобто пересадку від донора реципієнтові - Застрахованій особі одного або декількох з наступних органів: нирки, печінки, серця, легені, підшлункової залози, або трансплантацію кісткового мозку.

З визначення виключаються випадки трансплантації інших, не перерахованих вище, органів, частин органів, будь-якої тканини або клітин.

Рішення про страхову виплату не може бути прийняте до проведення трансплантації.

J.2.7. – постійна та повна втрата функції двох і більше кінцівок в результаті травми або захворювання спинного мозку. Під кінцівкою розуміють цілком всю руку або всю ногу. Тривалість цього стану повинна спостерігатись спеціалістом не менше трьох місяців безперервно і підтверджуватися медичною документацією.

Наступна патологія виключається з визначення: параліч при синдромі Гійєна-Барре.

J.2.8. – стійкий неврологічний розлад, що розвинувся внаслідок наявності неоперабельної доброякісної пухлини головного мозку, або видалення цієї пухлини під загальним знеболюванням. Діагноз має бути підтверджений фахівцем, а також результатами комп'ютерної чи магнітно-резонансної томографії, що характерні для даного стану. Стійкий неврологічний розлад має тривати не менше 3 (трьох) місяців та бути підтверджений відповідними медичними документами.

Наступні патології виключаються з визначення: кісти, гранульоми, мальформації вен та артерій головного мозку, гематоми, пухлини гіпофіза або хребта.

J.2.9. – перенесена хірургічна операція на відкритому серці за допомогою торакотомії з метою заміни або відновлення клапанів серця з приводу дефектів або аномалій клапанів серця.

J.2.10. – однозначний діагноз розсіяного склерозу, який являє собою захворювання, при якому в білій речовині центральної нервової системи утворюються плями демієлінізації, що іноді поширюються і на сіру речовину.

Страхова подія буде визнана страховим випадком тільки за умови, що розсіяний склероз викликав неврологічні порушення, що призвели:

- до повної і незворотної нездатності Застрахованої особи пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або
- до повної і незворотної нездатності Застрахованої особи самостійно приймати приготовану і подану їй їжу, або
- до центральної скотоми, що була підтверджена шляхом спеціального неврологічного та офтальмологічного обстеження.

Діагноз має бути підтверджений кваліфікованим фахівцем (неврологом).

J.2.11. - клінічно підтвержене незворотне зниження зору на обидва ока в результаті захворювання або нещасного випадку. Коректована гострота зору повинна бути менше 6/60 або 20/200 при використанні, наприклад, тестів по Шнеллену, або має бути обмеження поля зору в обох очах до 20° і менше. Страхова виплата не буде виплачуватись, якщо відповідно до медичного висновку будь-який пристрій або імплантат може призвести до часткового або повного відновлення зору. Діагноз має бути підтверджений кваліфікованим фахівцем (офтальмологом) за наявності результатів спеціальних обстежень.

J.2.12. пошкодження тканин, викликане термічними, хімічними або електричними факторами, що призвели до опіків третього ступеню або всієї товщини шкіри, як мінімум, на 20% площі поверхні тіла, за результатами вимірювання згідно з «правилом дев'яток» або таблиці площі поверхні тіла Лунда і Браудера.

Діагноз має бути підтверджений кваліфікованим фахівцем- комбустіологом.

J.2.13. - фактично перенесена операція за допомогою торакотомії або лапаротомії з метою лікування або коригування аневризми аорти, обструкції аорти, коарктації аорти або травматичного розриву аорти. Під терміном „аорта” в даному визначенні розглядається грудна та черевна частини аорти, за виключенням гілок аорти.

J.2.14. –запалення оболонок, що покривають головний або спинний мозок, викликане бактеріями. Хвороба повинна приводити до неврологічних порушень, а саме - призвести до оцінки за шкалою MMSE (коротка шкала для оцінки психічного стану) менше 16 або викликати стійку та незворотну нездатність Застрахованої особи:

- пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або
- самостійно приймати приготовану та подану їй їжу, або
- спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення.

J.2.15. – стан із втратою свідомості без реакції на зовнішні подразники або внутрішні потреби, що зберігається безперервно протягом не менше ніж 96 годин і вимагає використання систем життєзабезпечення. Кома повинна призвести до неврологічних порушень, а саме - призвести до оцінки за шкалою MMSE (коротка шкала для оцінки психічного стану) менше 16 або □ викликати стійку та незворотну нездатність Застрахованої особи:

- пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або
- самостійно приймати приготовану і подану їй їжу, або
- спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення.

Страхова виплата також буде здійснена, якщо кома тривала безперервно протягом 2 місяців. З визначення виключається кома внаслідок зловживання алкоголем чи наркотичних засобів.

J.2.16. запалення мозку (півкуль головного мозку, стовбура мозку або мозочку). Захворювання має призвести до значних ускладнень, що тривали не менше 6 місяців, які включають в себе стійкі неврологічні порушення. Стійкі неврологічні порушення можуть включати в себе слабоумство, емоційну лабільність, сліпоту, глухоту, порушення мови, геміплегію або параліч. Неврологічне порушення повинно призвести до оцінки за шкалою

MMSE (коротка шкала для оцінки психічного стану) менше 16 або викликати стійку та незворотну нездатність Застрахованої особи:

- пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів;
- самостійно приймати приготувану та подану їй їжу;
- спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення.

J.2.17. – ураження печінки важкого ступеню, що приводить до цирозу. Діагноз має бути підтверджений спеціалістом, ураження печінки має відповідати ступеню В або С за класифікацією Чайлд-Пью відповідно до наступних критеріїв:

- постійна жовтяниця (показник білірубіна >2 мг/дл або >35 мкмоль/л);
- асцит середнього ступеню тяжкості;
- значення альбуміна <3,5 г/дл;
- печінкова енцефалопатія.

Наступні патології виключаються з визначення:

- стадія А за класифікацією Чайлд-Пью;
- захворювання печінки, які є наслідком зловживання алкоголем, наркотичними або лікарськими препаратами.

J.2.18. – стійке важке ураження дихальної функції, що підтверджене фахівцем, та відповідає **всім** критеріям, що наведені нижче:

- стійке зниження об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1, FEV1) до показників менше 1 літра (проба Тіффно);
- стійке зниження парціального напруження кисню в артеріальній крові (PaO2) до показників менше 55 мм рт. ст.;

необхідність постійної кисневої терапії.

J.2.19. – масивний стійкий некроз печінки, викликаний гепатитом В, С або вірусом D, існуючий протягом більш ніж 6 місяців і супроводжується стрімким наростанням печінкової недостатності. Діагноз повинен бути підтверджений фахівцем, а також відповідати принаймні трьом з нижче перерахованих критеріям:

- стрімке зменшення розмірів печінки;
- некроз, що охоплює частки печінки цілком, аж до руйнування ретикулярної структури печінки;
- стрімке падіння показників функції печінки (печінкові проби);
- жовтяниця, що наростає;
- печінкова енцефалопатія.

**J.2.20. Інфікування Вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та/або Вірусом гепатиту В, С або встановлення діагнозу Синдром набутого імунодефіциту (СНІД) внаслідок переливання крові за умови наявності всіх нижче перерахованих обставин:**

1. Переливання крові проводилося спеціалістом за медичними показаннями та в період дії Додаткової програми страхування J.
2. Медичний заклад, в якому проводилося переливання крові, визнає свою відповідальність за фактом зараження Застрахованої особи.
3. Застрахована особа не є хворою на гемофілію.

ВІЛ-інфекція – інфекційна хвороба, що розвивається в результаті багаторічного персистування в лімфоцитах, макрофагах та клітинах нервової тканини вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) та характеризується повільно прогресуючим дефектом імунної системи, який приводить до загибелі хворого від вторинних уражень, що описані як синдром набутого імунодефіциту (СНІД), або від підгострого енцефаліту. Діагноз має бути підтверджений лікарями спеціалізованого (по ВІЛ-інфекції) медичного закладу.

J.2.21. – інфікування  
Застрахованої особи Вірусом Імунодефіциту Людини (ВІЛ) внаслідок випадкової ненавмисної події, що мала місце в процесі виконання Застрахованою особою стандартних професійних медичних обов'язків.

Факт інфікування має бути підтверджений відповідним актом.

У разі настання випадкової події, що може викликати інфікування ВІЛ, Застрахована особа має надати Страховику протягом **7 (семи)** днів після події письмовий детальний звіт про таку подію, а також результат тесту Застрахованої особи на антитіла до ВІЛ, проведеного безпосередньо після події.

J.2.22. незворотна втрата слуху на обидва вуха зі слуховим порогом більше 90 децибел в результаті захворювання або травми. Страховавиплата не виплачується, якщо, згідно з медичним висновком, слуховий апарат, прилад або імплантат можуть призвести до часткового або повного відновлення слуху.

□J.2.23. повната незворотна втрата мови в результаті захворювання або травми. Втрата мови повинна бути підтверджена нездатністю говорити протягом безперервного періоду, рівного 12 місяцям.

Страховавиплата не виплачується, якщо, згідно з медичним висновком якій-небудь апарат, прилад, процедура або імплантат може призвести до часткового або повного відновлення мови.

J.2.24. прогресуюча дегенерація клітин кортикоспінальних трактів передніх рогів спинного мозку або бульбарних еферентних нейронів. Захворювання моторних нейронів включає в себе спінальну м'язову атрофію, прогресуючий бульбарний параліч, бічнійаміотрофічний склероз і первинний бічний склероз. Страхова подія буде визнана страховим випадком, якщо захворювання рухових нейронів викликало неврологічні порушення, що призвели до стійкої танезворотньої нездатності Застрахованої особи:

- пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів,
- самостійно приймати приготувану та подану їй їжу.

J.2.25. повільно прогресуюче дегенеративне захворювання центральної нервової системи з дегенерацією нейронів в області мозку, що викликає зниження рівнів допаміну в різних частинах мозку. Діагноз має бути підтверджений кваліфікованим спеціалістом, та повинні бути виконані наступні умови:

- 1) хворобу неможливо контролювати за допомогою лікарських препаратів;
- 2) хвороба має ознаки прогресуючих порушень;
- 3) хвороба повинна викликати неврологічні порушення, що призводять до:
  - стійкогота незворотного порушення ходьби, яке характерне для хвороби Паркінсона, і яке може бути неврологічно підтверджено,
  - оцінки за шкалою MMSE (коротка шкала для оцінки психічного стану) менше 16.

J.2.26. однозначний діагноз зараження поліовірусом, що призводить до паралітичного захворювання, яке проявляється порушенням рухової функції або дихальної слабкості. Страхова подія буде визнана страховим випадком, якщо поліомієліт викликав неврологічні порушення, що призвели до стійкого паралічу кінцівок.

J.2.27. травма голови, що супроводжується порушенням функції мозку. Остаточний діагноз має бути підтверджений фахівцем, а також результатами спеціальних обстежень (наприклад, комп'ютерна чи магнітно-резонансна томографія головного мозку). Порушення функції мозку проявляється у вигляді постійної неспроможності Застрахованої особи самостійно виконувати три та більше елементарні побутові дії – митися (в душі або в ванні), одягатися (знімати чи одягати на себе одяг, застібати його та розстібати), дотримуватись особистої гігієни (користуватись туалетом, підтримувати належний рівень гігієни), рухатись (пересуватись вдома або в межах одного

поверху), самостійно регулювати екскреторні функції, пити та їсти (але не готувати їжу). Результатом даного захворювання може також бути стан повної прикутості до ліжка та нездатність самостійно підвестися з ліжка без сторонньої допомоги. Зазначені вище стани повинні тривати не менше ніж 3 (три) місяці та бути підтвердженими документами, що видані медичними закладами.

J.2.28. – підтвержене фахівцем оперативне втручання на артерії (артеріях), незалежно від локалізації та калібру артерії. Необхідність проведення операції має бути підтверджена результатами ангіографії, що виявляє оклюзію просвіту артерії не менше ніж на 70%. Під оперативним втручанням в даному визначенні розуміються ангіопластика, стентування, тромбартеріоектомія. Інші види операцій виключаються з визначення.

J.2.29. **Стентування коронарних артерій** – підтвержене проведення стентування судин з метою усунення звуження або закупорки двох або більше коронарних артерій, при наявності у пацієнта симптомів стенокардії. Будь-яка претензія повинна мати в якості підтвердження свідоцтво проведення коронарної ангіографії, що виявляє 70% оклюзію двох або більше коронарних артерій, а також звіт фахівця, який підтверджує факт проведення стентування принаймні двох коронарних артерій.

J.2.30. **Системний червоний вовчак** – аутоімунне захворювання, при якому відбувається пошкодження тканин організму патогенними аутоімунними комплексами. Для визнання випадку страховим значення має ступінь ураження нирок. Ниркова функція Застрахованої особи повинна бути порушена внаслідок захворювання (порушення функції нирок, починаючи з III класу за результатами ниркової біопсії відповідно до класифікації ВООЗ). Інші види вовчака, такі як дискоїдний червоний вовчак або ті, що викликають виключно ураження суглобів і зміни в складі крові, а також I і II клас за класифікацією ВООЗ, з покриття виключаються. Діагноз повинен бути підтверджений фахівцем, а також результатами гістологічного дослідження.

Класифікація вовчакового нефриту по Класифікації ВООЗ:

ВООЗ I	Нормальні клубочки
ВООЗ II	Виключно мезангіальні зміни
ВООЗ III	Осередковий сегментарний або осередковий проліферативний гломерулонефрит
ВООЗ IV	Дифузний проліферативний гломерулонефрит
ВООЗ V	Дифузний мембранозний гломерулонефрит
ВООЗ VI	Прогресуючий склерозуючий гломерулонефрит

J.2.31. **Анкілозуючий спондилоартрит (хвороба Бехтерева)** – остаточний діагноз «анкілозуючий спондилоартрит», вперше встановлений фахівцем-ревматологом в сертифікованому медичному закладі. Для визнання випадку страховим обов'язковим є наявність 4-ої рентгенологічної стадії сакроілеїта (по Келгрону): значні зміни (повний анкілоз суглоба).

J.2.32. **Інші системні захворювання сполучної тканини, системні та аутоімунні захворювання** – остаточний діагноз: «Ревматоїдний артрит», «Псоріатичний артрит», «Дерматомиозит/поліміозит», «Системні васкуліти», вперше встановлений фахівцем-ревматологом в сертифікованому медичному закладі. Для визнання випадку страховим обов'язковим є наявність анкілозу/анкілозів враженого/вражених суглоба/суглобів.



**J.2.33. Цукровий діабет I типу** – вперше діагностований остаточною діагнозом «Цукровий діабет I типу», встановлений фахівцем-ендокринологом. Для визнання випадку страховим обов'язковим є наявність 2-х і більше ускладнень:

- погіршення зору, викликане діабетичною ретинопатією;
- діабетична нефропатія;
- артеріальна гіпертензія;
- діабетична нейропатія.

**J.2.34. Туберкульоз** – вперше діагностований остаточною діагнозом активного туберкульозного процесу встановлений фахівцем-фтизіатром в спеціалізованому медичному закладі. Як підтвердження діагнозу повинні виявлятися: мікобактерії туберкульозу (повинні виявлятися бактеріологічно), гістологічно типові для туберкульозу зміни (гранульоми), характерні для туберкульозу клініко-рентгенологічні ознаки. Обов'язковим є наявність бактеріовиділення (МБТ+).

**J.2.35. Хвороба Альцгеймера у віці до 60 років/Важка форма недоумства (слабоумства)** – остаточною діагнозом хвороба Альцгеймера (пресенільна деменція) віком до 60 років, підтверджений фахівцем, а також результатами когнітивних і інструментальних досліджень (комп'ютерна, магнітно-резонансна або позитронна емісійна томографія головного мозку), типовими для даного захворювання. Наслідком захворювання повинна бути постійна нездатність самостійно виконувати три і більше елементарних побутових дій:

- митися (здатність митися в душі або у ванні);
- одягатися (знімати або надягати на себе одяг, застібатися або розстібатися);
- дотримуватися особистої гігієни (користуватися туалетом, підтримувати прийнятний рівень гігієни);
- рухливість (здатність пересуватися вдома або в межах поверху);
- самостійно регулювати екскреторні функції;
- їсти/пити (але не готувати їжу)
- вимагати спостереження та постійної присутності спеціального персоналу з догляду.

Описані вище умови повинні бути підтверджені медичними документами, щонайменше, протягом 3 місяців.

**J.2.36. Злоякісна (апластична) анемія** – хронічне системне захворювання, що характеризується стійкою повною аплазією кісткового мозку і глибоким порушенням його функції, що виражається анемією, нейтропенією і тромбоцитопенією, і яке потребує як мінімум одного з наступних видів лікування:

- замісної трансфузійної терапії компонентів крові;
- застосування препаратів, що стимулюють роботу кісткового мозку;
- імуносупресивної терапії;
- трансплантації кісткового мозку.

Діагноз повинен бути встановлений лікарем - фахівцем (гематологом), при наявності результатів проведеного обстеження, характерного для даного захворювання, включаючи біопсію кісткового мозку.

**J.2.37. Кардіоміопатія** – точний діагноз кардіоміопатія повинен бути підтверджений фахівцем, а також спеціальними дослідженнями (наприклад, рентгенографія, електрокардіографія, магнітно-резонансна томографія). Захворювання має призвести до порушень функції шлуночка, що має фізичну недостатність не нижче III функціонального класу (ФК) за класифікацією Нью-Йоркської Асоціації кардіологів (NYHA - NewYorkHeartAssociation).

Описані вище стани повинні бути підтверджені медичними документами, щонайменше, протягом 3 місяців.

З покриття виключається: алкогольна кардіоміопатія.

**J.2.38. М'язова дистрофія** – остаточною діагнозом м'язової дистрофії Дюшена, Беккера, або кінцівко-поясної м'язової дистрофії (всі інші види м'язових дистрофій з покриття

виключаються). Точний діагноз повинен бути підтверджений фахівцем, а також результатами біопсії м'язів та значенням креатинфосфокінази. Захворювання повинно проявлятися в постійній неможливості самостійно виконувати три і більше елементарних побутових дій:

- митися (здатність митися в душі або у ванні);
- одягатися (знімати або надягати на себе одяг;
- застібатися або розстібатися);
- дотримуватися особистої гігієни (користуватися туалетом, підтримувати прийнятний рівень гігієни);
- рухливість (здатність пересуватися вдома або в межах поверху);
- самостійно регулювати екскреторні функції;
- їсти/пити (але не готувати їжу).

Результатом даного захворювання може також бути стан повної прикутості до ліжка і нездатність піднятися з ліжка самостійно і без сторонньої допомоги.

Описані вище стану повинні бути підтверджені медичними документами, щонайменше, протягом 3 місяців.

**J.2.39. Втрата кінцівок** – повна і незворотна втрата двох або більше кінцівок в області вище рівня ліктя/зап'ястя або колінного/гомількостопного суглоба в результаті нещасного випадку або ампутації за медичними показаннями. Діагноз повинен бути підтверджений фахівцем.

**J.2.40. Артеріальна легенева гіпертензія (вперше виявлена)** – підвищення кров'яного тиску в легеневих артеріях, викликане або підвищенням тиску в капілярах легень, збільшенням легеневого кровотоку або легневим судинним опором. Зазначений стан повинен відповідати всім переліченим нижче критеріям:

- задишка і втома;
- підвищення тиску в лівому передсерді, принаймні, на двадцять одиниць;
- легневий судинний опір вище норми, принаймні, на три одиниці;
- легневий артеріальний тиск, принаймні, 40 мм рт. ст. ;
- заклинюючий легневий тиск, принаймні, 6 мм рт. ст. ;
- кінцевий діастолічний тиск в правому шлуночку, принаймні, 8 мм рт. ст. ;
- гіпертрофія правого шлуночка, розширення і ознаки недостатності правих відділів серця, декомпенсація.

**J.2.41. Інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) в результаті медичних маніпуляцій, проведених протягом терміну страхування** за умови наявності всіх нижчеперелічених обставин:

- інфікування є прямим наслідком отримання Застрахованою особою кваліфікованої медичної допомоги, наданої за медичними показаннями;
- установа, в якій було проведено лікування, що стало причиною інфікування, визнано компетентними органами відповідальним за фактом інфікування Застрахованої особи;
- Застрахована особа не є хворою на гемофілію.

ВІЛ-інфекція – інфекційна хвороба, що розвивається в результаті багаторічного персистування в лімфоцитах, макрофагах та клітинах нервової тканини вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) та характеризується повільно прогресуючим дефектом імунної системи, який приводить до загибелі хворого від вторинних уражень, що описані як синдром набутого імунодефіциту (СНІД)., або від підгострого енцефаліту.

Діагноз має бути підтверджений лікарями спеціалізованого (по ВІЛ-інфекції) медичного закладу.

З покриття виключається інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) внаслідок переливання крові.

**J.2.42. Мальформації і аневризми судин головного мозку** – вперше діагностовані фахівцем в спеціалізованому медичному закладі мальформації та/або аневризми судин головного

мозку, що вимагають оперативного лікування за життєвими показаннями в терміновому порядку.

J.3. Вік Застрахованої особи, строк дії Договору страхування та варіанти страхування:

J.3.1. Вік Застрахованої особи не може бути менше 1 (одного) року на дату початку дії Договору страхування та більше 65 (шестидесяти п'яти) років на дату закінчення Договору страхування. Строк дії Додаткової програми страхування J не повинен починатися раніше та закінчувати пізніше, ніж строк дії Основної програми страхування.

J.3.2. Варіанти страхування осіб віком від 18 до 65 років:

J.3.2.1. **6 захворювань** – Рак (п. J.2.1. Правил), Інсульт (п. J.2.2. Правил), Інфаркт міокарда (п. J.2.3. Правил), Аорто-коронарне шунтування (п. J.2.4. Правил), Ниркова недостатність (п. J.2.5. Правил) та Трансплантація основних органів (п. J.2.6. Правил).

J.3.2.2. **7 захворювань** – Рак (п. J.2.1. Правил), Інсульт (п. J.2.2. Правил), Інфаркт міокарда (п. J.2.3. Правил), Аорто-коронарне шунтування (п. J.2.4. Правил), Ниркова недостатність (п. J.2.5. Правил), Трансплантація основних органів (п. J.2.6. Правил) та Параліч (п. J.2.7. Правил).

J.3.2.3. **9 захворювань** – Рак (п. J.2.1. Правил), Інсульт (п. J.2.2. Правил), Інфаркт міокарда (п. J.2.3. Правил), Аорто-коронарне шунтування (п. J.2.4. Правил), Ниркова недостатність (п. J.2.5. Правил), Трансплантація основних органів (п. J.2.6. Правил), Параліч (п. J.2.7. Правил), Доброякісна пухлина головного мозку (п. J.2.8. Правил) та Хірургічна операція на аорті (п. J.2.13. Правил).

J.3.2.4. **9+1 захворювань** – Рак (п. J.2.1. Правил), Інсульт (п. J.2.2. Правил), Інфаркт міокарда (п. J.2.3. Правил), Аорто-коронарне шунтування (п. J.2.4. Правил), Ниркова недостатність (п. J.2.5. Правил), Трансплантація основних органів (п. J.2.6. Правил), Параліч (п. J.2.7. Правил), Доброякісна пухлина головного мозку (п. J.2.8. Правил), Хірургічна операція на аорті (п. J.2.13. Правил) та Операції на артеріях (п. J.2.28. Правил).

J.3.2.5. **10 захворювань** – Рак (п. J.2.1. Правил), Інсульт (п. J.2.2. Правил), Інфаркт міокарда (п. J.2.3. Правил), Аорто-коронарне шунтування (п. J.2.4. Правил), Ниркова недостатність (п. J.2.5. Правил), Трансплантація основних органів (п. J.2.6. Правил), Параліч (п. J.2.7. Правил), Доброякісна пухлина головного мозку (п. J.2.8. Правил), Хірургічна операція на аорті (п. J.2.13. Правил) та СНІД: ВІЛ-інфікування внаслідок професійної (медичної) діяльності (п. J.2.21. Правил).

J.3.2.6. **11 захворювань** – Рак (п. J.2.1. Правил), Інсульт (п. J.2.2. Правил), Інфаркт міокарда (п. J.2.3. Правил), Аорто-коронарне шунтування (п. J.2.4. Правил), Ниркова недостатність (п. J.2.5. Правил), Трансплантація основних органів (п. J.2.6. Правил), Параліч (п. J.2.7. Правил), Хірургічна операція на клапанах серця (п. J.2.9. Правил), Розсіяний склероз (п. J.2.10. Правил), Сліпота (втрата зору) (п. J.2.11. Правил) та Тяжкі опіки (п. J.2.12. Правил).

J.3.2.7. **14 захворювань** – Рак (п. J.2.1. Правил), Інсульт (п. J.2.2. Правил), Інфаркт міокарда (п. J.2.3. Правил), Аорто-коронарне шунтування (п. J.2.4. Правил), Ниркова недостатність (п. J.2.5. Правил), Трансплантація основних органів (п. J.2.6. Правил), Параліч (п. J.2.7. Правил), Доброякісна пухлина головного мозку (п. J.2.8. Правил), Хірургічна операція на клапанах серця (п. J.2.9. Правил), Розсіяний склероз (п. J.2.10. Правил), Сліпота (втрата зору) (п. J.2.11. Правил), Тяжкі опіки (п. J.2.12. Правил), Хірургічна операція на аорті (п. J.2.13. Правил) та Глухота (втрата слуху) (п. J.2.22. Правил).

J.3.2.8. **14+1 захворювань** – Рак (п. J.2.1. Правил), Інсульт (п. J.2.2. Правил), Інфаркт міокарда (п. J.2.3. Правил), Аорто-коронарне шунтування (п. J.2.4. Правил), Ниркова недостатність (п. J.2.5. Правил), Трансплантація основних органів (п. J.2.6. Правил), Параліч (п. J.2.7. Правил), Доброякісна пухлина головного мозку (п. J.2.8. Правил), Хірургічна операція на клапанах серця (п. J.2.9. Правил), Розсіяний склероз (п. J.2.10. Правил), Сліпота (втрата зору) (п. J.2.11. Правил), Тяжкі опіки (п. J.2.12. Правил), Хірургічна операція на аорті (п. J.2.13. Правил), Глухота (втрата слуху) (п. J.2.22. Правил) та Операції на артеріях (п. J.2.28. Правил).

J.3.2.9. **20 захворювань** – Рак (п. J.2.1. Правил), Інсульт (п. J.2.2. Правил), Інфаркт міокарда (п. J.2.3. Правил), Аорто-коронарне шунтування (п. J.2.4. Правил), Ниркова недостатність (п. J.2.5. Правил), Трансплантація основних органів (п. J.2.6. Правил), Параліч (п. J.2.7. Правил), Хірургічна операція на клапанах серця (п. J.2.9. Правил), Розсіяний склероз (п. J.2.10. Правил), Сліпота (втрата зору) (п. J.2.11. Правил), Тяжкі опіки (п. J.2.12. Правил), Хірургічна операція на аорті (п. J.2.13. Правил), Бактеріальний менінгіт (п. J.2.14. Правил), Кома (п. J.2.15. Правил),

Енцефаліт (п. J.2.16. Правил), Глухота (втрата слуху) (п. J.2.22. Правил), Втрата мови (п. J.2.23. Правил), Захворювання рухових нейронів (п. J.2.24. Правил), Хвороба Паркінсона (п. J.2.25. Правил) та Поліомієліт (п. J.2.26. Правил).

J.3.2.10. **21 захворювання** – Рак (п. J.2.1. Правил), Інсульт (п. J.2.2. Правил), Інфаркт міокарда (п. J.2.3. Правил), Аорто-коронарне шунтування (п. J.2.4. Правил), Ниркова недостатність (п. J.2.5. Правил), Трансплантація основних органів (п. J.2.6. Правил), Параліч (п. J.2.7. Правил), Доброякісна пухлина головного мозку (п. J.2.8. Правил), Хірургічна операція на клапанах серця (п. J.2.9. Правил), Розсіяний склероз (п. J.2.10. Правил), Сліпота (втрата зору) (п. J.2.11. Правил), Тяжкі опіки (п. J.2.12. Правил), Хірургічна операція на аорті (п. J.2.13. Правил), Бактеріальний менінгіт (п. J.2.14. Правил), Кома (п. J.2.15. Правил), Енцефаліт (п. J.2.16. Правил), Термінальна стадія захворювання печінки (п. J.2.17. Правил), Термінальна стадія захворювання легенів (п. J.2.18. Правил), Блискавичний вірусний гепатит (гостра печінкова недостатність) (п. J.2.19. Правил), СНІД (ВІЛ внаслідок переливання крові) (п. J.2.20. Правил) та Глухота (втрата слуху) (п. J.2.22. Правил).

J.3.2.11. **21+1 захворювання** – Рак (п. J.2.1. Правил), Інсульт (п. J.2.2. Правил), Інфаркт міокарда (п. J.2.3. Правил), Аорто-коронарне шунтування (п. J.2.4. Правил), Ниркова недостатність (п. J.2.5. Правил), Трансплантація основних органів (п. J.2.6. Правил), Параліч (п. J.2.7. Правил), Доброякісна пухлина головного мозку (п. J.2.8. Правил), Хірургічна операція на клапанах серця (п. J.2.9. Правил), Розсіяний склероз (п. J.2.10. Правил), Сліпота (втрата зору) (п. J.2.11. Правил), Тяжкі опіки (п. J.2.12. Правил), Хірургічна операція на аорті (п. J.2.13. Правил), Бактеріальний менінгіт (п. J.2.14. Правил), Кома (п. J.2.15. Правил), Енцефаліт (п. J.2.16. Правил), Термінальна стадія захворювання печінки (п. J.2.17. Правил), Термінальна стадія захворювання легенів (п. J.2.18. Правил), Блискавичний вірусний гепатит (гостра печінкова недостатність) (п. J.2.19. Правил), СНІД (ВІЛ внаслідок переливання крові) (п. J.2.20. Правил) та Глухота (втрата слуху) (п. J.2.22. Правил) та Операції на артеріях (п. J.2.28 Правил).

Варіанти страхування, що вказані в пп. J.3.2.1 - J.3.2.11. можуть бути доповнені одним або кількома критичними захворюваннями зі списку, зазначеного в п. J.2. Правил страхування, що повинно бути відображено в Договорі страхування.

J.3.3. Варіанти страхування осіб віком від 1 до 17 років:

J.3.3.1. **6 захворювань** – Рак (п. J.2.1. Правил), Трансплантація основних органів (п. J.2.6. Правил), Параліч (п. J.2.7. Правил), Сліпота (п. J.2.11. Правил), Глухота (втрата слуху) (п. J.2.22. Правил) та Тяжка травма голови (J.2.27. Правил).

J.3.3.2. **11 захворювань** – Рак (п. J.2.1. Правил), Ниркова недостатність (п. J.2.5. Правил), Трансплантація основних органів (п. J.2.6. Правил), Параліч (п. J.2.7. Правил), Доброякісна пухлина головного мозку (п. J.2.8. Правил), Сліпота (втрата зору) (п. J.2.11. Правил), Бактеріальний менінгіт (п. J.2.14. Правил), Кома (п. J.2.15. Правил), Енцефаліт (п. J.2.16. Правил), Глухота (втрата слуху) (п. J.2.22. Правил) та Тяжка травма голови (J.2.27. Правил).

J.3.3.3. **12 захворювань** – Рак (п. J.2.1. Правил), Ниркова недостатність (п. J.2.5. Правил), Трансплантація основних органів (п. J.2.6. Правил), Параліч (п. J.2.7. Правил), Доброякісна пухлина головного мозку (п. J.2.8. Правил), Сліпота (втрата зору) (п. J.2.11. Правил), Бактеріальний менінгіт (п. J.2.14. Правил), Кома (п. J.2.15. Правил), Енцефаліт (п. J.2.16. Правил), Глухота (втрата слуху) (п. J.2.22. Правил), СНІД (ВІЛ внаслідок переливання крові) (п. J.2.20. Правил) та Тяжка травма голови (J.2.27. Правил).

J.4. Страхувальник при укладанні Договору страхування вправі вибрати одну з двох форм страхування за Додатковою програмою J:

J.4.1. страхування з авансовою виплатою страхової суми:

- за цією формою страхування страхова сума за Додатковою програмою страхування J встановлюється в розмірі, що не може перевищувати розміру страхової суми за ризиком смерті за основною програмою страхування;
- після здійснення Страховиком страхової виплати за Додатковою програмою страхування J розмір страхової суми за ризиком смерті за основною програмою страхування зменшується на суму страхової виплати за Додатковою програмою страхування J.

J.4.2. страхування з додатковою виплатою страхової суми:

- за цією формою страхування розмір страхової суми за Додатковою програмою страхування J встановлюється незалежно від розміру страхової суми за ризиком смерті за основною програмою страхування;
- після здійснення Страховиком страхової виплати за Додатковою програмою страхування J розмір страхової суми за ризиком смерті за основною програмою страхування не зменшується.

J.5. якщо інше не передбачено Договором страхування, події, що зазначені в п. J.1. Правил, не визнаються страховими випадками, якщо:

J.5.1. вони сталися в результаті:

- причин та обставин, що зазначені в пп. 6.1.1. – 6.1.19. Правил;
- косметичної хірургії (за виключенням операцій в результаті нещасних випадків);
- контрацепції та стерилізації;
- дослідження причин безпліддя;
- аборту (за виключенням аборту, пов'язаного з медичними показаннями);
- вагітністю та пологами або їх ускладненнями.

J.5.2. діагноз критичного захворювання (або проведення хірургічної операції) встановлено Застрахованій особі, яка страждає на хронічний алкоголізм або/та наркоманію;

J.5.3. діагноз критичного захворювання (або проведення хірургічної операції) встановлено Застрахованій особі за наявності у неї ВІЛ-інфекції;

J.5.4. впродовж перших 30 днів з дати встановлення діагнозу критичного захворювання (або проведення хірургічної операції) настає смерть Застрахованої особи, якщо інше не передбачене Договором страхування;

J.5.5. діагноз критичного захворювання (або проведення хірургічної операції) встановлено Застрахованій особі протягом періоду очікування (крім критичних захворювань, що є наслідками нещасного випадку, який відбувся із Застрахованою особою протягом періоду очікування).

Період очікування – встановлений в Договорі страхування період від дня початку строку дії Додаткової програми страхування J, протягом якого події, що зазначені в п. J.1. Правил, не визнаються страховими випадками. Якщо інше не передбачене умовами Договору страхування, тривалість періоду очікування становить перші 3 (три) місяці від дня початку строку дії Договору страхування.

J.6. Крім обставин, що зазначені в п. 2.7. Правил, на користь особи, яка

- вже перенесла одне із захворювань або одну з операцій, зазначених у пунктах J.2 Правил;
- має порушення з боку коронарних артерій, хворіє на цукровий діабет, артеріосклероз, захворювання периферичних кровеносних судин;
- страждає/страждала важкими хронічними захворюваннями кровоносної системи, печінки та шлунково-кишкового тракту, дихальної системи, нирок та сечової системи, неврологічними та психічними захворюваннями, алкоголізмом або наркоманією

може бути укладено Договір страхування за згодою Страховика лише за умови, якщо до укладання Договору страхування Страховик був письмово повідомлений Страхувальником про наявність зазначених обставин. Якщо при укладенні Договору Страховику не було повідомлено про наявність зазначених обставин, він вправі відмовитися від такого Договору відносно такої Застрахованої особи.

J.7. Визначення розміру страхової виплати:

J.7.1. При настанні страхового випадку, пов'язаного з встановленням Застрахованій особі діагнозу критичного захворювання або проведення хірургічних операцій, що перелічені в п. J.2. Правил, розмір страхової виплати визначається таким чином:

- при встановленні діагнозу критичного захворювання або проведення хірургічних операцій, що зазначені в пп. J.2.1. – J.2.42. Правил, розмір страхової виплати складає 100% страхової суми, встановленої для Застрахованої особи за ризиком, що зазначений в п. J.1. Правил;

- при проведенні Застрахованій особі хірургічних операцій, що зазначені в п. J.2.24. Правил, розмір страхової виплати складає 10% страхової суми, встановленої для Застрахованої особи за ризиком, що зазначений в п. J.1.

J.7.2. Сума страхових виплат, що здійснюються Застрахованій особі протягом дії Договору страхування за Додатковою програмою J, не може перевищувати 100% страхової суми, встановленої для Застрахованої особи за ризиком, зазначеним в п. J.1. Правил.

J.7.3. Якщо протягом дії Додаткової програми страхування J Страховальник здійснює збільшення страхової суми за цією Додатковою програмою, то, якщо інше не передбачено Договором страхування, при настанні події, що зазначена в п. J.1. Правил, протягом строку, що дорівнює встановленому періоду очікування та починається з дати збільшення страхової суми, розмір страхової виплати визначається, виходячи зі страхової суми, що діяла до відповідного збільшення страхової суми.

J.8. Договором страхування може встановлюватися порядок сплати страхових внесків, передбачений п.7.5.2.Правил.

J.9. При настанні страхового випадку Застрахована особа, або Страховальник, або Вигодонабувач зобов'язані в термін не пізніше 1 (одного) місяця з дати настання такої події письмово повідомити про це Страховика.

J.10. Дія цієї Програми страхування може бути припинена Страховиком з дати будь-якої річниці дії Програми шляхом надання письмового повідомлення Страховальнику. Письмове повідомлення надається не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до дати припинення, і в такому випадку страхування Застрахованої Особи припиняється в 00 годин 00 хвилин у день чергової річниці цієї Програми.

J.11. У всьому іншому, що не обумовлено Додатковою програмою J, сторони керуються відповідними положеннями Правил.

## **Додаткова програма К. СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ**

К.1. Страховими ризиками за Додатковою програмою К умовами Договору страхування можуть бути передбачені:

К.1.1. госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (п. 4.3.16. Правил);

К.1.2. госпіталізація Застрахованої особи внаслідок хвороби (п. 4.3.17. Правил);

К.1.3. екстрена госпіталізація Застрахованої особи (п. 4.3.18. Правил).

Госпіталізація – перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні у медичному закладі протягом дії Додаткової програми К.

Екстрена – госпіталізація Застрахованої особи з приводу лікування хвороб або наслідків нещасного випадку, що супроводжуються небезпечними для життя та здоров'я Застрахованої особи станами (шок тяжкого ступеня, масивна крововтрата, кома, гостра ниркова, печінкова недостатність, гостра недостатність дихання, кровообігу, гострі розлади регіонарного і органного кровообігу, жирова чи газова емболія). Такі стани мають бути підтверджені об'єктивними клінічними даними, результатами лабораторних та інструментальних досліджень.

К.2. Вік Застрахованої особи не може бути менше 1 (одного) року на дату початку та більше 70 (семидесяти) років на дату закінчення дії Договору страхування. Строк дії Додаткової програми страхування К не повинен починатися раніше та закінчувати пізніше, ніж строк дії Основної програми страхування

К.3. Якщо інше не встановлено Договором страхування, виключенням із страхових випадків є події, що зазначені в п.6.1.Правил, а також події, що сталися в результаті госпіталізації, пов'язаною з вагітністю або безпліддям, пологами, абортами, лікуванням зубів, із пластичними або косметичними операціями, із психічними й наркологічними захворюваннями, лікування спокоем, із захворюваннями, викликаними вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), спадковими аномаліями,

вадами розвитку, генетичними захворюваннями, профілактичним або санаторно-курортним лікуванням, приписом окулярів, контактних лінз, слухових апаратів.

К.4. Страховий внесок за Договором страхування повинен сплачуватися у відповідності до графіку, наведеного у Договорі страхування.

К.5. При настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в п.К.1.Правил, розмір страхової виплати встановлюється Договором страхування та становить від 0,1% до 1% від страхової суми за ризиком госпіталізації, встановленої для Застрахованої особи, за кожен день госпіталізації незалежно від того, чи закінчився період госпіталізації до або після закінчення строку страхування, але не більше 45 днів безперервно та не більше 100 днів протягом року страхування, якщо Договором страхування не передбачено інше обмеження кількості днів.

Період госпіталізації повинен починатись в період дії Договору страхування.

Страховик має право при укладенні Договору страхування встановити відкладений період до 30 перших календарних днів госпіталізації. Якщо Договором страхування встановлений відкладений період, то дні, що припадають на відкладений період, не враховуються при розрахунку страхової виплати.

К.6. Дія цієї Програми страхування може бути припинена Страховиком з дати будь-якої річниці дії Програми шляхом надання письмового повідомлення Страхувальнику. Письмове повідомлення надається не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до дати припинення, і в такому випадку страхування Застрахованої Особи припиняється в 00 годин 00 хвилин у день чергової річниці цієї Програми.

К.7. У всьому іншому, що не обумовлено Додатковою програмою К, сторони керуються відповідними положеннями Правил.

## **Додаткова програма Л. СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ПРОВЕДЕННЯ ХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ**

L.1. Страховим ризиком за Додатковою програмою Л є проведення Застрахованій особі кваліфікованим спеціалістом хірургічних операцій, причому хвороба, яка потребує хірургічного лікування, повинна бути вперше діагностована в період дії Договору страхування (п.4.3.19.Правил).

L.2. Строк та територія дії Додаткової програми страхування Л, вік Застрахованої особи:

L.2.1. Строк дії Додаткової програми страхування Л не повинен починатися раніше та закінчувати пізніше, ніж строк дії Основної програми страхування.

L.2.2. Територія дії Додаткової програми страхування Л – держави, на території яких проведення Застрахованій особі хірургічних операцій визнається страховим випадком. Якщо інше не передбачено Договором страхування, територією дії Додаткової програми страхування Л визнається Україна.

L.2.3. Вік Застрахованої особи не може бути менше 1 (одного) року на дату початку дії Договору страхування та більше 70 (семидесяти) років на дату закінчення дії Договору страхування.

L.3. Якщо інше не встановлено Договором страхування, виключеннями із страхових випадків за Додатковою програмою страхування Л є події, що зазначені в п.6.1.Правил, а також події, що сталися в результаті:

а) хірургічних операцій, пов'язаних із станами Застрахованої особи, які існували до дати початку дії цієї Додаткової програми страхування та про які Застрахованій особі/ Страхувальнику було відомо, або щодо яких Застрахована особа/Страхувальник отримувала медичні консультації або лікування впродовж останніх 3 (трьох) років до початку дії цієї Додаткової програми страхування, і що призвели до настання страхового випадку за цією програмою страхування впродовж перших 24 місяців її дії, якщо інше не обумовлено умовами дії договору страхування;

б) хірургічних операцій, пов'язаних з вагітністю або безпліддям, штучним заплідненням, пологами, перериванням вагітності (за винятком випадків переривання вагітності, необхідність якого викликана нещасним випадком, що відбувся протягом строку дії Договору страхування);

в) лікування, імплантації, видалення, відновлення зуба/зубів та інші операцій на зуби/зубах (за винятком операцій, необхідність яких викликана нещасним випадком, що відбувся протягом строку дії Договору страхування);

г) розтину запалень шкіри, тканин і суглобів;

- д) первинної хірургічної обробки ран, видалення сторонніх тіл з ран;
- е) видалення шовного матеріалу;
- є) пластичних (естетично-відновлювальних) і косметичних операцій, включаючи циркумцизію (за винятком операції, необхідність проведення якої викликана нещасним випадком, що відбувся протягом строку дії Договору страхування, та таку операцію проведено не пізніше, ніж протягом 1 (одного) року від дня нещасного випадку);
- ж) хірургічних операцій, прямо або побічно пов'язаних із захворюванням СНІДом, венеричними захворюваннями;
- з) операції по зміні статі, стерилізація;
- и) операції з приводу лікування вроджених дефектів, вад та аномалій, генетичних захворювань;
- і) операції з приводу корекції рефракції зору (за винятком випадків, коли необхідність такої операції викликана нещасним випадком, що відбувся протягом дії Договору страхування);
- к) операції з приводу надлишкової ваги/ожиріння Застрахованої особи;
- л) проведення хірургічної операції лікарем, який є членом родини Застрахованої особи, а саме: одним з подружжя, дітей, батьків або братом чи сестрою;
- м) проведення хірургічної операції за відсутністю медичних показань для її проведення;
- н) оперативного лікування опіків I і II ступеня площею менше 15% загальної поверхні тіла;
- о) видалення доброякісних пухлин (крім доброякісних пухлин головного мозку) та непроліферуючих пухлин in-situ,
- п) операції, пов'язані зі всіма видами раку шкіри, за винятком проліферуючої злоякісної меланоми;
- р) діагностика методами біопсії (за винятком біопсії головного мозку), ендоскопії, лапароскопії і артроскопії.

#### L.4. Період очікування.

L.4.1. Для хірургічних операцій, що виконуються з приводу лікування захворювань, діє період очікування, протягом якого проведення Застрахованій особі хірургічної операції не визнається страховим випадком. Якщо інше не передбачене Договором страхування, тривалість такого періоду очікування становить 90 перших календарних днів від дати початку дії Додаткової програми страхування L. Для хірургічних операцій, що виконуються з приводу наслідків нещасного випадку, який відбувся протягом дії Договору страхування, період очікування не встановлюється.

#### L.4.2. Для хірургічних операцій з приводу лікування

- гриж (будь-якого типу),
- пухлин (будь-якого типу),
- захворювань синусів та навколоносових пазух,
- катаракти, глаукоми,
- лейоміоми та/або фіброміоми матки
- нориці прямої кишки,
- конкрементів нирок, сечовивідних шляхів або жовчного міхура,
- хвороби серця,
- ушкодження меніску та розрив хрестоподібної зв'язки колінного суглобу,
- ушкодження між хребцевих дисків,
- ниркової недостатності

Договором страхування може бути встановлений спеціальний період очікування тривалістю до 365 календарних днів від дати початку дії Додаткової програми страхування L. У цьому випадку проведення Застрахованій особі такої хірургічної операції протягом спеціального періоду очікування не визнається страховим випадком.

L.5. При настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в п.L.1.Правил, розмір страхової виплати визначається як відсоток страхової суми, встановленої Договором страхування за цим ризиком, згідно “Таблиці розмірів страхових виплат при хірургічних операціях”, \*(Додаток №5 до Правил), залежно від виду операції, що проведена. Якщо Застрахованій особі проведено декілька хірургічних операцій одночасно, то розмір страхової виплати визначається за тим пунктом «Таблиці розмірів страхових виплат при хірургічних операціях», що передбачає найбільший (серед операцій, проведених Застрахованій особі одночасно) відсоток страхової суми.



L.6. Дія цієї Програми страхування може бути припинена Страховиком з дати будь-якої річниці дії Програми шляхом надання письмового повідомлення Страхувальнику. Письмове повідомлення надається не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до дати припинення, і в такому випадку страхування Застрахованої Особи припиняється в 00 годин 00 хвилин у день чергової річниці цієї Програми.

L.7. У всьому іншому, що не обумовлено Додатковою програмою L, сторони керуються відповідними положеннями Правил.

L.8. **Програма L1. РОЗШИРЕНИЙ ВАРІАНТ СТРАХУВАННЯ** за Програмою L:

L.8.1. В п. L3 з «переліку виключень із страхових випадків» виключається пункт р) – „діагностика методами біопсії (за винятком біопсії головного мозку), ендоскопії, лапароскопії і артроскопії”).

L.8.2. «Таблиця розмірів страхових виплат при хірургічних операціях» (Додаток №5) доповнюється такими пунктами:

<b>Код операції</b>	<b>Операція</b>	<b>Розмір страхової виплати, % від страхової суми</b>
B32	Біопсія молочної залози	1
E25	Діагностичні ендоскопічні дослідження порожнини горлянки	1
E36	Діагностичні ендоскопічні дослідження на гортані	1
E49	Діагностичне фіброендоскопічне дослідження нижніх дихальних органів	2
E51	Діагностичні ендоскопічні дослідження нижніх дихальних органів з використанням твердого бронхоскопа	2
E63	Діагностичні ендоскопічні дослідження на середостінні	2
G16	Діагностичне фіброендоскопічне дослідження стравоходу	2
G19	Діагностичні ендоскопічні дослідження стравоходу з використанням твердого езофагоскопа	2
G44	Ендогастродуоденоскопія+біопсія	1
G45	Ендогастродуоденоскопія	1
G55	Діагностичні ендоскопічні операції на дванадцятипалій кишці	1
G65	Діагностичне ендоскопічне дослідження худой кишки	1
G80	Діагностичні ендоскопічні дослідження на клубовій кишці	2
H22	Колоноскопія	1
H25	Діагностичне ендоскопічне дослідження товстої кишки з використанням фіброоптичного сигмоїдоскопу	1
H28	Діагностичне ендоскопічне дослідження сигмоїдної кишки з використанням твердого сигмоїдоскопу	1
J09	Лапароскопічна біопсія печінки	3
J14	Пункція печінки	2
J25	Лапароскопічне діагностичне дослідження жовчного міхура	2
J43	Ретроградна панкреатохоледохографія	2
J44	Холангіографія	2
J45	Панкреатографія	2
J50	Лапароскопічна холангіографія	2
J67	Лапароскопічна панкреатоскопія	3
K51	Діагностичні транслюмінальні операції на вінцевій артерії	3
K58	Діагностичні транслюмінальні операції на серці	5
K63	Контрастна радіологія на серці	3

Код операції	Операція	Розмір страхової виплати, % від страхової суми
L72	Діагностичні транслюмінальні операції на інших артеріях	2
L95	Діагностичні транслюмінальні операції на венах	1
M11	Діагностичне ендоскопічне дослідження нирок	2
M30	Цистоскопія з катетеризацією нирки	1
M45	Цистоскопія	1
M77	Уретроскопія	1
P20	Біопсія піхви	1
Q03	Біопсія шийки матки	1
Q18	Діагностична ендоскопія матки	1
Q39	Діагностична ендоскопічна хромотубація	1
Q50	Діагностичне ендоскопічне дослідження яєчника	1
T11	Діагностичне ендоскопічне дослідження плеври	1
T43	Діагностична лапароскопія	1
T81	Біопсія м'яза	1
V47	Біопсія хребта	1
W36	Діагностична трепанація кістки	1
W87	Діагностична артроскопія колінного суглоба	1
W88	Діагностична артроскопія інших суглобів	1

### Додаткова програма М. ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД СПЛАТИ СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ

М.1. Страховим ризиком за Додатковою програмою М є встановлення протягом дії Договору страхування або періоду очікування інвалідності I та/або II групи Застрахованій особі за Договором страхування (п. 4.3.7. Правил).

М.2. На страхування за цією Додатковою програмою страхування не приймаються особи віком менше 18 (вісімнадцяти) років та більше 55 (п'ятидесяти п'яти) років на дату початку дії Додаткової програми страхування М.

М.3. Вік Застрахованої особи за цією Додатковою програмою страхування не може перевищувати 65 (шестидесяти п'яти) років на дату закінчення дії Договору страхування.

М.4. Страхова сума за Додатковою програмі М дорівнює сумі всіх платежів по Основний програмі, які повинні бути сплачені Страхувальником протягом Договору страхування.

М.5. Звільнення від сплати страхових платежів надається тільки по Основний програмі.

М.6. Датою початку цієї Програми є дата початку дії Договору страхування, або, якщо ця програма була введена в дію та додана до Договору страхування пізніше, то дата, яку зазначено у відповідній Додатковій угоді, згідно з якою програма вводиться в дію.

М.7. Виключенням із страхових випадків є події, що зазначені в п.6.1.Правил.

М.8. При настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в пункті М.1. Правил, Основна програма страхування продовжує діяти без сплачування відповідних страхових платежів Страхувальником. Якщо Договором страхування було передбачене щорічне фіксоване збільшення страхової суми з відповідним щорічним збільшенням розміру страхового платежу за Основною або Додатковими програмами страхування, то таке збільшення припиняється. При цьому Страхувальник може продовжити сплату платежів за додатковими програмами

страхування, в іншому випадку дія страхування по всім додатковим програмам страхування припиняється з дати сплати платежу, наступної за датою подання Страхувальником, Застрахованою особою або іншою особою документа, що підтверджує встановлення Застрахованій особі відповідної групи інвалідності.

М.9. Звільнення від сплати страхових платежів за Основною програмою настає з дати сплати платежу, наступної за датою подання Страхувальником, Застрахованою особою або іншою особою документа, що підтверджує встановлення Застрахованій особі відповідної групи інвалідності.

М.10. Застрахована особа зобов'язана після проведення чергового медичного переогляду повідомляти Страхувальника про висновок МСЕК. Протягом 30 днів з дня винесення рішення МСЕК Застрахована особа зобов'язана надати Страхувальнику оригінал або завірену копію висновку МСЕК про те, що група інвалідності залишається в силі або про її зміну (зняття).

М.11. Якщо термін встановлення інвалідності Застрахованій особі минає, то Страхувальник зобов'язаний відновити сплату платежів після закінчення терміну встановлення інвалідності.

М.12. Страхова сума за Основною програмою страхування не зменшується в разі звільнення від сплати страхових платежів відповідно до цієї Додаткової програми страхування.

М.13. У всьому іншому, що не обумовлено Додатковою програмою М, сторони керуються відповідними положеннями Правил.

### **Додаткова програма N. ЗАХИСТ ВІД СПЛАТИ СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ**

N.1. Страховими ризиками за Додатковою програмою страхування N є:

N.1.1. Смерть Страхувальника протягом дії Договору страхування або протягом періоду очікування (п. 4.2.1. Правил)

N.1.2. Встановлення Страхувальнику інвалідності I та/або II групи протягом дії Договору страхування або протягом періоду очікування (п. 4.3.7. Правил).

N.2. Страхування за Додатковою програмою N може здійснюватись тільки у випадку, якщо Застрахована особа та Страхувальник за Договором страхування є різними особами.

N.3. На страхування за цією Додатковою програмою страхування не приймаються особи віком менше 18 (вісімнадцяти) років та більше 55 (п'ятидесяти п'яти) років на дату початку дії Додаткової програми страхування N.

N.4. Вік Страхувальника не може бути менше 18 (вісімнадцяти) років на дату початку дії та більше 65 (шестидесяти п'яти) років на дату закінчення дії Додаткової програми страхування N.

N.5. Датою початку цієї Програми є дата початку дії Договору страхування, або, якщо ця програма була введена в дію та додана до Договору страхування пізніше, то дата, яку зазначено у відповідній Додатковій угоді, згідно з якою програма вводиться в дію.

N.6. Виключенням із страхових випадків є події, що зазначені в п.6.1.Правил.

N.7. Страхова сума за Додатковою програмою N дорівнює сумі всіх платежів по Основній програмі, які повинні бути сплачені Страхувальником протягом Договору страхування.

N.8. Захист від сплати страхових платежів надається тільки по Основній програмі.

N.9. Захист від сплати страхових платежів за Основною програмою настає з дати сплати платежу, наступної за датою подання Страхувальником/Застрахованою особою або іншою особою документа, що підтверджує встановлення Страхувальнику відповідної групи інвалідності або підтверджують факт смерті Страхувальника.

N.10. При настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в пункті N.1.1. Правил, Основна програма страхування продовжує діяти без сплачування відповідних страхових платежів Страхувальником. Якщо Договором страхування було передбачене щорічне фіксоване збільшення страхової суми з відповідним щорічним збільшенням розміру страхового платежу за Основною або Додатковими програмами страхування, то таке збільшення припиняється.

N.11. При настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням події, зазначеної в пункті N.1.2. Правил, Основна програма страхування продовжує діяти без сплачування відповідних страхових платежів Страхувальником. Якщо Договором страхування було передбачене щорічне фіксоване збільшення страхової суми з відповідним щорічним збільшенням розміру страхового платежу за Основною або Додатковими програмами страхування, то таке збільшення припиняється. При цьому Страхувальник може продовжити сплату платежів за додатковими програмами страхування, в іншому випадку дія страхування по всім додатковим програмам страхування

припиняється з дати сплати платежу, наступної за датою подання Страхувальником документа, що підтверджує встановлення йому відповідної групи інвалідності.

N.11.1. Страхувальник зобов'язаний після проведення чергового медичного переогляду повідомляти Страховика про висновок МСЕК. Протягом 30 днів з дня винесення рішення МСЕК Страхувальник зобов'язаний надати Страховику оригінал або завірену копію висновку МСЕК про те, що група інвалідності залишається в силі або про її зміну (зняття).

N.11.2. Якщо термін встановлення інвалідності Страхувальникові минає, то Страхувальник зобов'язаний відновити сплату платежів після закінчення терміну встановлення інвалідності.

N.12. Страхова сума за Основною програмою страхування не зменшується в разі звільнення від сплати страхових платежів відповідно до цієї Додаткової програми страхування.

N.13. У всьому іншому, що не обумовлено Додатковою програмою N, сторони керуються відповідними положеннями Правил страхування.