

ПрАТ «Страхова Компанія
«ФОРТЕ ЛАЙФ»

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

НАЦІОНАЛЬНА КОМІСІЯ, ЩО ЗДІЙСНЮЄ
ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РИНКІВ ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ

ЗРЕЄСТРОВАНО

Олександр Калісін
Найменування посади

Олександр Турдич
Підпис

15.11.16
Дата

011629
Реєстраційний номер

Генеральний директор

Кулешин О.А.
Кулешин О.А.

«27» жовтня 2016 р.



ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ
(НОВА РЕДАКЦІЯ від 27.10.2016р.)

ЗМІСТ

1.	Основні терміни та визначення -----	3
2.	Загальні положення -----	6
3.	Предмет Договору страхування-----	7
4.	Страхові ризики і страхові випадки-----	7
5.	Виключення із страхових випадків і обмеження страхування. Причини відмови у страховій виплаті -----	11
6.	Строк та місце дії Договору страхування-----	13
7.	Порядок визначення розмірів страхових сум та розмірів страхових виплат. Страховий тариф. Страховий платіж. Страхова сума. -----	13
8.	Порядок укладання Договору страхування-----	16
9.	Порядок внесення змін до умов Договору страхування. Перехід обов'язків по Договору страхування протягом його дії -----	17
10.	Умови припинення дії Договору страхування. Викупна сума-----	18
11.	Права та обов'язки Сторін по Договору страхування-----	19
12.	Дії Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) у разі настання страхового випадку та перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків-----	21
13.	Порядок і умови здійснення страхових виплат. Строк прийняття рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхових виплат. -----	24
14.	Умови звільнення Страхувальника від сплати страхових платежів-----	25
15.	Порядок вирішення спорів-----	26
16.	Передача та обов'язки за договором страхування-----	27
17.	Особливі умови-----	27
Додатки до Правил:		
18.	Додаток 1. Додаткові матеріали. Програми страхування життя-----	28
19.	Додаток 2. Методика розрахунку базових нетто-тарифів-----	54
20.	Додаток 3. Методика розрахунку викупних сум-----	65
21.	Додаток 4. Методика розрахунку інвестиційного доходу та формування і розподілу бонусів-----	66
22.	Додаток 5. Методика розрахунку редукованої суми-----	68
23.	Додаток 6. Таблиці тарифів (№1-14)-----	69
24.	Додаток 7. Методика розрахунку додаткових нетто-тарифів-----	985
25.	Додаток 8. Таблиці смертності (№ 15, 16)-----	989

У цих Правилах використовуються нижченаведені визначення:

1.1. Авансовий внесок - страхові внески, передбачені договором страхування, сплачені частіше, ніж встановлено періодичністю. В такому разі платежі зараховуються як черговий страховий внесок датою надходження на поточний рахунок Страховика.

1.2. Агрегатна страхова сума - максимальний ліміт відповідальності Страховика по групі Застрахованих осіб за одним страховим випадком.

1.3. Андеррайтер – представник Страховика, фахівець в області страхування, що має повноваження щодо прийняття на страхування запропонованих ризиків, визначення тарифних ставок і конкретних умов Договору страхування, виходячи з норм страхового законодавства та економічної доцільності.

1.4. Андеррайтинг (оцінка ризику) – сукупність дій, що виконуються при укладанні Договору страхування життя або при внесенні змін та доповнень до нього з метою оцінки, прийняття на певних умовах або відхилення пропонованого страхового ризику.

1.5. Ануйтет – регулярні, послідовні страхові виплати, які здійснюються протягом обумовленого періоду або довічно (у вигляді додаткової пенсії).

1.6. Безвнесковий Договір страхування – Договір змішаного страхування життя, за яким Страхувальником припинено сплату страхових внесків і розмір страхової суми за цим Договором редукований (зменшений).

1.7. Важливі обставини – обставини, що мають вплив на рішення Страховика щодо укладення Договору страхування взагалі або щодо укладення Договору на певних узгоджених умовах та/або обставини, про які Страховик спеціально запитує у письмовій формі.

1.8. Вигодонабувач - юридична або фізична особа, призначена Страхувальником при укладанні Договору страхування за згодою Застрахованої особи для одержання Страхової виплати або її частини при настанні Страхового випадку з Застрахованою особою.

1.9. 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 такий Договір, згідно з методикою, яка є невід'ємною частиною цих Правил страхування.

1.10. Війна – збройне протистояння між двома країнами або більше, оголошене чи ні.

1.11. Госпіталізація – перебування Застрахованої особи у стаціонарному лікуванні у медичному закладі на строк, що перевищує повних 24 години.

1.12. Громадянська війна – збройне протистояння між сторонами, які мають відношення до однієї й тієї ж країни, але належать до різних етнічних, соціальних, релігійних або ідеологічних груп. У визначення також входить збройне повстання, революція, антиурядова агітація, бунт, державний переворот, наслідки військового положення.

1.13. Договір страхування (поліс, сертифікат) – письмова угода між Страхувальником і Страховиком, відповідно до якого Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Вигодонабувачу (Застрахованій особі), а

Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та розмірі, виконувати інші умови Договору страхування.

1.14. Загальна страхова сума - максимальний ліміт відповідальності Страховика по окремій Застрахованій особі за певним переліком страхових ризиків.

1.15. Загальний перевізник – будь-яке наземне, повітряне або морське перевезення, що здійснюється за ліцензією на перевезення платних пасажирів і тільки за фіксованим, встановленим заздалегідь маршрутом, відповідно до опублікованого розкладу.

1.16. Застрахована особа – це фізична особа, про страхування якої Страхувальником укладений із Страховиком договір страхування. Тобто це є особисте страхування людини, у житті якої може статися страховий випадок, безпосередньо пов'язаний з її особистістю або обставинами її життя. Це може бути неповнолітня особа – дитина (при страхуванні її батьками), недієздатний інвалід (при страхуванні його опікуном), або робітник (при страхуванні робітника працедавцем), чи будь-який громадянин, застрахований іншою дієздатною фізичною особою або юридичною особою (наприклад, підприємством – роботодавцем).

1.17. Змішане страхування життя – одночасне страхування життя на випадок настання двох подій, а саме: смерть Застрахованої особи і дожиття Застрахованої особи до певного віку або до закінчення строку дії Договору.

1.18. Критичне захворювання – вперше виявлене в період дії Договору захворювання з переліку захворювань, що є у Правилах страхування.

1.19. Лікар – особа, що має дійсну, законну ліцензію та зареєстрована як практикуючий лікар, не є Застрахованою особою або Найближчим родичем Застрахованої особи.

1.20. Медичний заклад - лікувально-профілактичний або інший вид закладу, в якому людям, в тому числі з будь-якими захворюваннями, надаються медичні послуги: діагностика, лікування, реабілітація після перенесених хвороб.

1.21. МСЕК (медико-соціальна експертна комісія) - заклад в системі охорони здоров'я, що проводить медико-соціальну експертизу особам, які звертаються для встановлення інвалідності, за направленням лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності відомостей, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності.

1.22. Нещасний випадок (НВ)- незалежна від волі Застрахованої особи/Страхувальника короткочасна непередбачувана подія, пов'язана з раптовою дією (впливом) ззовні (в тому числі внаслідок протиправних дій третіх осіб) на організм цієї особи, яка тягне за собою тілесні ушкодження (травматичне пошкодження тканин організму людини з порушенням їх цілісності та функціональності, деформації та порушення опорно-рухового апарату, каліцтва або іншого розладу здоров'я) або смерть Застрахованої особи/Страхувальника. За цими Правилами страхування життя нещасним випадком також вважається випадкове потрапляння стороннього тіла в дихальні шляхи, утоплення, тепловий удар, опіки (крім сонячного), укуси тварини, враження електрострумом і грозивим розрядом, випадкове отруєння отруйними речовинами. Хвороби, їхні наслідки та поступовий тривалий вплив перелічених вище факторів, нещасним випадком не вважаються.

1.23. Нещасний випадок внаслідок дорожньо-транспортної пригоди (ДТП) – не спричинена Застрахованою особою/Страховальником навмисно раптова подія на автодорожньому, рейковому, морському, річковому або авіаційному транспорті, що сталась під час перевезення Застрахованої особи/Страховальника наземним моторним транспортним засобом, громадським муніципальним електротранспортом (у якості пасажира або водія), на потязі, човні або на регулярних пасажирських авіалініях незалежно від того чи під час руху чи у русі, включаючи посадку та висадку, зліт та приземлення, в процесі якої смерть або тілесне ушкодження Застрахованої особи/Страховальника сталися в прямому зв'язку з використанням цього транспорту. При цьому такий транспортний засіб має бути зареєстрований та офіційно допущений до пасажирських перевезень згідно із законодавством. Нещасним випадком внаслідок дорожньо-транспортної пригоди також є тілесні ушкодження або смерть Застрахованої особи/Страховальника внаслідок удару транспортним засобом. Нещасний випадок внаслідок дорожньо-транспортної пригоди не вважається випадком, що стався в прямому зв'язку з використанням цього транспорту, і відповідно не вважається страховим випадком, якщо такий випадок спричинений внаслідок терористичного акту, навмисними діями, спрямованими на настання нещасного випадку, природного лиха, використання транспортного засобу в спортивних цілях, інші ускладнення просування, причина яких не стосується транспорту.

1.24. Отримувач, одержувач - особа, на рахунок якої зараховується страхова сума або викупна сума.

1.25. Період очікування – період часу між початком дії Договору страхування і датою, вказаною в Договорі страхування як перша страхова виплата.

1.26. Періодична страхова виплата - страхова виплата, що здійснюється Страховиком періодично протягом визначеного Договором періоду, в розмірах та строках, визначених Договором страхування, внаслідок настання страхового випадку.

1.27. Професійний спорт – будь-які заняття спортом або подібною до спорту діяльністю за нагороду або приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах або кубках, тренування з метою участі в перерахованих вище заходах, заняття спортом у рамках членства в спортивних асоціаціях, лігах або клубах.

1.28. Редукована страхова сума - страхова сума за договором страхування життя, яка зменшена у зв'язку із несплатою Страховальником чергового страхового внеску або сплатою в неповному розмірі, згідно Договору страхування.

1.29. Страховий випадок – подія, передбачена договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) Страховальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

1.30. Страхова виплата – грошова сума, яку Страховик, відповідно до умов Договору страхування, зобов'язаний виплатити при настанні страхового випадку.

1.31. Страховий місяць – період часу тривалістю один місяць від дати настання страхового покриття. Наступний страховий місяць починає свій відлік наступного дня після дати закінчення попереднього страхового місяця.

1.32. Страховий рік – період часу тривалістю один рік від дати настання страхового покриття. Наступний страховий рік починає свій відлік у наступний день після дати закінчення попереднього страхового року.

1.33. Страховий платіж (внесок, премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести (вносити) Страховику відповідно до умов Договору страхування.

1.34. Страховий резерв – кошти, що накопичуються Страховиком з метою забезпечення майбутніх виплат страхових сум, залежно від видів страхування життя.

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

1.36. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик, згідно Договору страхування, зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

1.37. Страховий тариф – ставка страхового платежу з одиниці страхової суми за певний період страхування.

1.38. Страховик – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ФОРТЕ ЛАЙФ»

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

1.40. Тілесне ушкодження – порушення анатомічної цілісності або фізіологічних функцій органів та тканин людини.

1.41. Терористичний акт – застосування сили, насильства або дії, що заподіює збиток, ушкодження, шкоду або руйнування, або підготовка актів, що несуть погрозу людському життю або майну, дії проти якої-небудь особи, майна або уряду, дії для досягнення економічних, етнічних, націоналістських, політичних, расових і релігійних цілей, які вчинюються, так і загрози їхнього здійснення. Включаються також будь-які дії й події, які визнані урядом як терористичний акт.

1.42. Хвороба – захворювання, яке призвело до настання страхового випадку у період дії Договору страхування.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.

2.1. На підставі та згідно з умовами цих Правил Страховик укладає Договори страхування життя (далі – Договори страхування) зі Страхувальниками.

2.2. Страхувальник може укладати Договори щодо страхування власного життя та/або життя третіх осіб (Застрахованих осіб), лише за згодою цих осіб, крім випадків, передбачених чинним законодавством. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з умовами Договору страхування.

2.3. Якщо Страхувальником є юридична особа, яка уклала зі Страховиком Договір страхування фізичних осіб, то Застрахованими особами є фізичні особи, внесені до Списку Застрахованих осіб, який є невід'ємною частиною такого Договору страхування.

2.4. За цими Правилами прийнятими на страхування можуть бути особи віком до 70 (сімдесяти) років, незалежно від країни, громадянства, як резиденти, так і нерезиденти України, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

2.5. Договір страхування набирає чинності з наступного дня після внесення першого страхового платежу в повному об'ємі.

2.6. Ці Правила регулюють загальні умови та порядок укладання Договору страхування. За згодою Сторін до Договору страхування можуть бути внесені додаткові умови, які не суперечать цим Правилам.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. До Страхових ризиків за цими Правилами належать:

4.1.1. Основні ризики, а саме:

а) Дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору страхування та (або) досягнення Застрахованою особою визначеного Договором страхування віку;

б) Смерть Застрахованої особи в наслідок захворювання або нещасного випадку.

4.1.2. Додаткові ризики, а саме:

а) настання стійкої непрацездатності (інвалідності) Застрахованої особи, кваліфікованої як I, II, III група інвалідності;

б) виникнення у Застрахованої особи хвороби або захворювання;

в) тимчасова непрацездатність Застрахованої особи;

г) госпіталізація Застрахованої особи;

д) травматичне ушкодження Застрахованої особи;

е) проведення Застрахованій особі хірургічної операції з будь-якої причини;

ж) виникнення хвороби та звернення Застрахованої особи до медичного закладу.

4.2. Основними страховими випадками за цими Правилами є:

4.2.1. Смерть Застрахованої особи, яка настала протягом дії Договору страхування;

4.2.2. Смерть одного з подружжя Застрахованих осіб внаслідок захворювання або нещасного випадку протягом дії Договору страхування;

4.2.3. Дожиття Застрахованої особи до закінчення терміну дії Договору страхування;

4.2.4. Досягнення Застрахованою особою пенсійного або іншого віку, визначеного у Договорі страхування.

4.3. Додатковими страховими випадками за цими Правилами є:

4.3.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що сталася протягом дії Договору страхування;

4.3.2. Смерть Застрахованої особи внаслідок дорожньо-транспортної пригоди, що сталася протягом дії Договору страхування;

4.3.3. Смерть Застрахованої особи внаслідок транспортної пригоди на залізничному, водному або авіаційному транспорті, що сталася протягом дії Договору страхування;

4.3.4. Смерть Застрахованої особи внаслідок транспортної пригоди на водному транспорті, що сталася протягом дії Договору страхування;

4.3.5. Смерть Застрахованої особи внаслідок транспортної пригоди на залізничному транспорті, що сталася протягом дії Договору страхування;

4.3.6. Смерть Застрахованої особи внаслідок транспортної пригоди на авіаційному транспорті, що сталася протягом дії Договору страхування;

4.3.7. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність I групи) з будь-якої причини;

4.3.8. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність I, II групи) з будь-якої причини;

4.3.9. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність I, II, III групи) з будь-якої причини;

4.3.10. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність I групи) внаслідок Нещасного випадку;

4.3.11. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність I, II групи) внаслідок Нещасного випадку;

4.3.12. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність I, II, III групи) внаслідок Нещасного випадку;

4.3.13. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність I групи) внаслідок Хвороби;

4.3.14. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність I, II групи) внаслідок Хвороби;

4.3.15. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність I, II, III групи) внаслідок Хвороби;

4.3.16. Встановлення інвалідності особі, яка не досягла вісімнадцятирічного віку (Дитина - інвалід) внаслідок нещасного випадку протягом дії Договору страхування;

4.3.17. Встановлення інвалідності особі, яка не досягла вісімнадцятирічного віку (Дитина - інвалід) внаслідок Хвороби протягом дії Договору страхування;

4.3.18. Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку, але не менша 5 (П'яти) днів;

4.3.19. Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи внаслідок Хвороби, але не менша 5 (П'яти) днів;

4.3.20. Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

4.3.21. Критичне захворювання Застрахованої особи під час дії Договору страхування зі списку хвороб, що включає:

- 1) інфаркт міокарду;
- 2) інсульт;
- 3) операцію аорто-коронарного шунтування;
- 4) ниркову недостатність;
- 5) трансплантацію життєво важливих органів;
- 6) рак.

4.3.22. Жіноче критичне захворювання Застрахованої особи під час дії Договору страхування зі списку хвороб, що включає:

Категорія ризиків А

- 1) інфаркт міокарду;
- 2) інсульт;
- 3) рак;
- 4) ниркова недостатність;
- 5) трансплантації життєво важливих органів;
- 6) хірургічне лікування коронарних артерій;
- 7) системна червона вовчанка;
- 8) виражений ревматоїдний артрит.

Категорія ризиків В

- 1) сильні опіки.

Категорія ризиків С

Ускладнення при вагітності:

- 1) позаматкова вагітність;
- 2) синдром дисемінованого внутрішньо судинного згортання (ДВС);

- 3) прееклампсія;
- 4) хоріокарціонома;
- 5) розрив матки.

Патологія новонароджених:

- 1) синдром Дауна;
- 2) Спина Біфіда (розщеплювання хребта);
- 3) Тетрода Фалло («синя» вада серця);
- 4) атрезія стравоходу / трахео - езофагальний свищ;
- 5) заяча губа;
- 6) вовча паща;
- 7) заяча губа та вовча паща;
- 8) клишоногість;
- 9) атрезія анального отвору.

4.3.23. Дитяче критичне захворювання Застрахованої особи під час дії Договору страхування зі списку хвороб, що включає:

- 1) рак;
- 2) ниркову недостатність;
- 3) трансплантацію життєво важливих органів;
- 4) параліч;
- 5) сліпоту;
- 6) кому;
- 7) глухоту;
- 8) енцефаліт;
- 9) тяжку травму голови;
- 10) бактеріальний менінгіт.

4.3.24. Виникнення хвороби та звернення Застрахованої особи під час дії Договору страхування до медичного закладу, передбаченого Договором страхування;

4.3.25. Тілесні ушкодження Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку, згідно Таблиці виплат № 10 А,Б, В,Д.;

4.3.26. Проведення Застрахованій особі хірургічної операції з будь-якої причини, згідно Таблиці виплат № 10 Е,Ж;

4.3.27. Умовами Договору страхування може бути передбачене звільнення Страхувальника-фізичної особи від сплати страхових внесків у випадках:

4.3.28. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність I, групи) з будь-якої причини;

4.3.29. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність I, II групи) з будь-якої причини;

4.3.30. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність I групи) внаслідок Нещасного випадку;

4.3.31. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність I, II групи) внаслідок Нещасного випадку;

4.3.32. Смерть Страхувальника з будь-якої причини, якщо Страхувальник не є Застрахованою особою.

4.3.33. Смерть Страхувальника внаслідок Нещасного випадку, якщо Страхувальник не є Застрахованою особою.

4.4. У випадку зникнення Застрахованої особи, вона не вважається померлою до моменту оголошення її померлою в судовому порядку та видачі свідоцтва про смерть.

4.5. Конкретний перелік страхових випадків визначається за домовленістю Сторін у Договорі страхування.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.

5.1. Страховим випадком не вважається і страхова виплата не здійснюється, якщо страхові випадки настали внаслідок:

5.1.1. самогубства або наслідків замаху Застрахованої особи на самогубство;

5.1.2. виконання смертельного вироку суду в країнах, де застосовується така міра покарання;

5.1.3. скоєння або спроби скоєння Застрахованою особою навмисних дій, які кваліфіковані правоохоронними органами як протиправні або злочинні;

5.1.4. форс-мажорних обставин (війни, військових дій, участі у військових навчаннях, революції, заколоту, повстання, громадських зворушень, страйку, перебування в місцях позбавлення волі, а також впливу радіації, ядерної енергії, іонізуючого випромінювання; стихійного лиха), якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

5.1.5. дій Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або під впливом вжитих без призначення лікаря медичних препаратів, що призвели до настання страхового випадку;

5.1.6. нещасного випадку із Застрахованою особою, який був викликаний її психічним розладом або втратою свідомості, що мали місце в результаті паралічів, епілептичних

нападів або будь-яких судом. Страхова виплата здійснюється, якщо буде доведено, що вище перераховані порушення або напади були викликані даним нещасним випадком;

5.1.7. керування Застрахованою особою транспортним засобом або передачі керування іншій особі, якщо Застрахована або інша особа знаходилась в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, або не мала прав керування відповідним транспортним засобом;

5.1.8. керування будь-яким засобом для польоту або участі у здійсненні польоту в якості члену екіпажу літака або іншого засобу для польоту (моторного, безмоторного, парашуту), окрім польоту в якості зареєстрованого пасажир на рейсі, що виконується на законних засадах ліцензованим авіаперевізником, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

5.1.9. занять небезпечними видами спорту (альпінізмом, гірськолижним спортом, сноубордінгом, бобслеєм, авіаційним та парашутним спортом, авто- та мотоспортом, кінним спортом, підводним плаванням, пірнанням, парусним спортом, яхтингом, перегонами на гідроциклах, віндсерфінгом, рафтингом, спелеологією, дельтапланеризмом, бойовими єдиноборствами, стрільбою, полюванням або іншими екстремальними видами спорту), участі спортивних змагань на професійній основі та спробах встановити рекорд, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

5.1.10. нещасного випадку, який прямо чи опосередковано пов'язаний зі впливом ядерного вибуху, викидом радіоактивних речовин, впливом іонізуючого випромінювання, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

5.1.11. нещасного випадку під час перебування у місцях позбавлення волі або попереднього ув'язнення;

5.1.12. нещасного випадку під час проходження військової служби за призивом, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

5.1.13. нещасного випадку, що прямо чи опосередковано пов'язаний з військовими діями, маневрами або іншими військовими заходами, громадянською війною, активною участю Застрахованої особи у громадянських та масових заворушеннях;

5.1.14. застосування Застрахованою особою терапевтичних або оперативних методів лікування без їх призначення кваліфікованим лікарем;

5.1.15. вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних або токсичних речовин;

5.1.16. за умови наявності у Застрахованої особи ВІЛ-інфекції або СНІДу;

5.2. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

5.2.1. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, встановлюється відповідно до закону;

5.2.2. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) умисного злочину, що призвів до страхового випадку, або вчинення іншою особою умисного злочину з метою отримання особистої вигоди, що призвів до страхового випадку (який став причиною страхового випадку);

5.2.3. подання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) неправдивих відомостей про предмет Договору страхування (стан здоров'я Застрахованої особи) або про факт та/або обставини настання страхового випадку;

5.2.4. несвоєчасне повідомлення (п. 11.2.3. цих Правил) Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних на те причин або створення перешкод Страховику у з'ясуванні обставин, характеру та наслідків страхового випадку;

5.2.5. неповне подання Страхувальником всіх документів, необхідних для здійснення страхової виплати зазначених у Розділі 12 цих Правил.

5.2.6. захворювання Застрахованої особи до початку дії Договору, яке сприяло на настання страхового випадку;

5.2.8. несплата Страхувальником страхових внесків у встановлені Договором страхування строки та у встановленому об'ємі/ в неповному розмірі;

5.2.9. виключення із страхових випадків і обставин, що підпадають під обмеження страхування, викладені у Розділі 5 цих Правил, а також викладені у Програмах страхування, наведених у Додатку № 1 до цих Правил;

5.2.10. інші випадки, передбачені Законом;

5.2.11. умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить Закону.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою сторін при укладанні Договору страхування.

6.2. Договір страхування, укладений на підставі цих Правил, діє по всьому світу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ. СТРАХОВА СУМА.

7.1. Розміри страхових сум та/або страхових виплат встановлюються за згодою Сторін та вказуються у Договорі страхування.

7.2. При укладанні Договору страхування, що передбачає виплату ануїтету (пенсій, ренти), страховою сумою вважається грошова сума річної страхової виплати Застрахованій особі.

7.3. Договором страхування обов'язково передбачається збільшення розміру страхової суми та/або розміру страхових виплат на суми (бонуси), які визначаються Страховиком у відповідності до вимог чинного законодавства.

7.4. Страховик може збільшувати розмір страхових сум та/або страхових виплат за укладеними Договорами страхування на суми (бонуси), які визначаються Страховиком один раз на рік за іншими фінансовими результатами його діяльності (участь у прибутках Страховика).

7.5. Дія п. 7.4. розповсюджується на страхові суми, визначені за страховими випадками згідно з п.п. 4.2.1. – 4.2.4. цих Правил, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

7.6. Страховий тариф (брутто-тариф) – складова Договору страхування, що дорівнює відношенню річного страхового платежу до страхової суми. Брутто-тариф, на відміну від нетто-тарифу, враховує витрати Страховика на ведення справи та супровід Договору страхування.

7.7. Розмір нетто-тарифу обчислюється Страховиком актуарно на підставі статистики настання страхових випадків (Таблиць смертності) та даних, викладених у заяві на страхування, і залежить від: віку, статі, стану здоров'я, роду занять Застрахованої особи, терміну страхування, в тому числі тривалості періоду очікування, норми доходності (розміру інвестиційного доходу), яка враховується при розрахунку страхового тарифу. Якщо за результатами проведеного андеррайтингу для певного предмету Договору страхування виявлено підвищений ступінь страхового ризику, страховий тариф може бути відповідно збільшений:

Ризик	Min груповий андеррайтинг	Max			
		Захворювання	Вільний час	Місце перебування	Професія
Смерть Застрахованої особи в наслідок захворювання або нещасного випадку	0,57	15,00	15,00	15,00	15,00
Дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору страхування та (або) досягнення Застрахованою особою визначеного Договором страхування віку	0,33				
Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	0,86	5,00	10,00	5,00	10,00
Смерть Застрахованої особи внаслідок дорожньо-транспортної пригоди	0,86	5,00	10,00	10,00	10,00
Виникнення у Застрахованої особи хвороби або захворювання	1,00	5,00	10,00		10,00

Травматичне ушкодження Застрахованої особи	0,75	5,00	5,00	4,00	5,00
Настання стійкої непрацездатності (інвалідності) Застрахованої особи, кваліфікованої як I, II, III група інвалідності	0,33	5,00	10,00		10,00
Виникнення хвороби та звернення Застрахованої особи до медичного закладу	0,25	10,00	10,00	20,00	10,00

Таблиці смертності, на основі яких розраховуються базові нетто-тарифи, а також нетто-тарифи наведено у Додатку № 8 цих Правил. Порядок розрахунку нетто-тарифів для різних Програм страхування наведено у Додатку № 6 цих Правил, який є невід'ємною частиною цих Правил. Норма доходності при розрахунку нетто-тарифів приймає значення від 0% до 4% та вказується в Договорі страхування.

7.8. Розмір страхового платежу визначається, виходячи із страхових сум і тарифів. За домовленістю Сторін, Страховик може визначати розмір страхової суми за Договором страхування як частку від обраного Страхувальником розміру страхового(-их) платежу(-ів) та величини страхового тарифу, розрахованого згідно з п.п. 7.6. – 7.7. цих Правил.

7.9. Порядок і періодичність сплати страхових платежів визначається в Договорі страхування. Якщо Договором страхування не передбачено інше, черговий страховий платіж повинен бути сплачений до початку періоду страхування, за який він вноситься.

7.10. Страхувальник може достроково – авансом - сплатити належні за Договором страхування страхові платежі, частково чи повністю.

7.11. У випадку, якщо Страхувальник не сплатив черговий страховий платіж у строк та у розмірі передбаченими Договором страхування, відповідальність Страховика за страховими випадками припиняється з 00 годин 00 хвилин першого дня періоду, за який повинен був бути сплачений страховий платіж.

7.12. Відповідальність Страховика за страховими випадками поновлюється з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем погашення Страхувальником заборгованості по несплачених страхових платежах за Договором страхування, крім випадків, коли Договір страхування припинений у відповідності до п. 7.14.1. цих Правил.

7.13. У разі несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки та розміри, Страховик має право:

7.13.1. направити Страхувальнику письмову вимогу про сплату заборгованості на адресу Страхувальника зазначену у Договорі страхування. Якщо черговий страховий платіж не буде сплачений протягом 10 (десяти) робочих днів з дня відправлення такої вимоги Страхувальнику, Договір страхування вважається достроково припиненим;

7.13.2. в односторонньому порядку провести редукування страхової суми або суми регулярних страхових виплат (перерахунок страхової суми або суми регулярних страхових виплат), виходячи з фактично сплачених страхових платежів та витрат на ведення справи.

Договір страхування з редукованою страховою сумою або сумою ануїтету Страховик надсилає Страхувальнику протягом 30 (тридцяти) календарних днів після початку дії періоду страхування, за який вчасно не було сплачено страховий платіж.

7.14. Обчислення редукованої страхової суми проводиться на основі сформованої викупної суми за Договором страхування, яка розраховується згідно з Додатком № 5 до цих Правил, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

7.15. У випадку редукування страхової суми Страхувальник має право, за згодою Страховика, відновити початкову страхову суму. При цьому укладається Додаткова Угода до Договору страхування, згідно з якою, Страхувальник одночасно сплачує прострочений(і) страховий(і) платіж(ежі) та додатковий страховий платіж для компенсації різниці, що виникла у математичному резерві за таким Договором страхування у зв'язку із простроченням страхового(их) платежу(ів).

7.16. Договір страхування з відновленою страховою сумою вступає в дію з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження на поточний рахунок Страховика платежу/

8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

8.1. Договори страхування життя можуть укладатися як шляхом складання одного документу (Договору страхування), підписаного сторонами, так і шляхом обміну листами, документами, підписаними стороною, яка їх надсилає. У разі надання Страхувальником письмової Заяви за формою, встановленою Страховиком, що виражає намір укласти Договір страхування, такий Договір може бути укладений шляхом надсилання Страхувальнику копії Правил страхування та видачі Страхувальнику Страхового свідоцтва (Поліса), який не містить розбіжностей з поданою Заявою.

8.2. Порядок укладання Договору страхування:

8.2.1. Підставою для укладання Договору страхування є Заява Страхувальника, за формою, встановленою Страховиком;

8.2.2. Страховик протягом 30 (тридцяти) днів після отримання такої Заяви повідомляє Страхувальника про прийняте рішення щодо укладання Договору страхування, а також може запросити додаткові дані, необхідні для оцінки ступеня страхового ризику, в тому числі результати попереднього медичного обстеження;

8.2.3. Якщо Страхувальник укладає Договір страхування життя третьої особи (Застрахованої особи), то така особа також несе відповідальність за повноту і правдивість інформації, наданої Страховику для укладання Договору страхування;

8.2.4. Якщо Страхувальником виступає юридична особа, до Заяви додається також Список Застрахованих осіб за формою Страховика, який є невід'ємною частиною Договору страхування;

8.2.5. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (Полісом, Сертифікатом), що є формою Договору страхування життя;

8.2.6. Страховик може укладати Договори страхування життя шляхом обміну документами лише зі Страхувальниками – фізичними особами;

8.3. Страховик має право укладати Договори страхування також і у інший спосіб та порядок, що не суперечать законодавству України.

8.6. Діти у віці до 18 (вісімнадцяти) років можуть бути застраховані лише їх батьками законними опікунами або піклувальниками.

9. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПЕРЕХІД ОБОВ'ЯЗКІВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ПРОТЯГОМ ЙОГО ДІЇ.

9.1. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до передбачуваної дати внесення змін, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

9.2. Будь-які зміни умов Договору страхування здійснюються за взаємною згодою Страхувальника та Страховика та оформлюються шляхом:

9.2.1. укладання Додаткової угоди до Договору страхування;

9.2.2. надання Страхувальником письмової заяви, що виражає намір внести зміни до Договору страхування. Такі зміни до Договору страхування можуть бути укладені шляхом надсилання Страхувальнику Додаткової угоди до Договору страхування, який не містить розбіжностей з поданою Заявою.

9.3. Якщо внесення змін до умов Договору страхування пов'язане зі збільшенням обсягу відповідальності Страховика, або якщо Страховик здійснив страхову виплату за страховими випадками, визначеними в п 4.3. цих Правил, Страховик має право отримати додаткову, необхідну для оцінки ступеня ризику, інформацію, в тому числі результати медичного огляду Застрахованої особи на момент внесення змін у Договір страхування.

9.4. У разі, якщо внесення змін до умов Договору страхування, пов'язаних зі зміною Страхувальника/Застрахованої особи, такі зміни вносяться шляхом укладання нового Договору страхування з урахуванням сформованих резервів по попередньому Договору.

9.5. Страхувальник має право не частіше, ніж один раз на рік, по узгодженню із Страховиком, вносити зміни до Договору страхування.

9.6. У разі смерті Страхувальника, який уклав Договір страхування на користь Застрахованих осіб, його права та обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до чинного законодавства покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів Застрахованих осіб.

9.7. Якщо протягом дії Договору страхування Страхувальник-юридична особа припиняється і встановлюються його правонаступники, права і обов'язки Страхувальника переходять до правонаступника.

9.8. Протягом дії Договору страхування права Страхувальника-юридичної особи можуть перейти до іншого Страхувальника-юридичної особи за (письмовим погодженням) згодою Застрахованої особи.

9.9. У разі визнання судом Страхувальника-громадянина недієздатним, його права та обов'язки за Договором страхування переходять до його опікуна.

10. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ВИКУПНА СУМА.

10.1. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у випадку:

10.1.1. закінчення строку дії з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем, визначеним у Договорі страхування як день закінчення його дії; при цьому Сторони не звільняються від повного виконання своїх обов'язків за цим Договором;

10.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником;

10.1.3. несплати Страхувальником страхових внесків у встановлені Договором страхування строки та розміри передбачених в п. 7.14.1.;

10.1.4. Смерті Застрахованої особи, після виконання Сторонами зобов'язань за цим Договором. Якщо Договір страхування укладено з юридичною особою про страхування працівників цієї особи, то дія Договору страхування припиняється тільки відносно померлої Застрахованої особи, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

10.1.5. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

10.1.6. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

10.1.7. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;

10.1.8. за ініціативою Страхувальника;

10.1.9. в інших випадках, передбачених законодавством України.

10.2. Про намір достроково припинити дію Договору страхування Страхувальник (Страховик) повинен повідомити Страховика (Страхувальника) не пізніше, ніж за три місяці до передбачуваної дати припинення.

10.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування Страховик виплачує Страхувальнику викупну суму, яка є майновим правом Страхувальника за Договором страхування життя.

10.4. У разі відмови Страховика у виплаті на підставі Розділу 5 цих Правил за страховими випадками, вказаними у п.п. 4.3.1. – 4.3.6., 4.3.33. Страховик виплачує Страхувальнику або Вигодонабувачу викупну суму.

10.5. Викупні суми, що виплачуються Страхувальнику у разі дострокового припинення дії Договору страхування, розраховуються математично на день припинення Договору страхування життя залежно від періоду, протягом якого діяв Договір страхування, згідно з методикою, викладеною в Додатку № 3 до цих Правил, яка є їх невід'ємною частиною. У разі якщо Договір страхування життя діяв менше тридцяти шести місяців викупна сума дорівнює нулю.

10.6. Для отримання викупної суми, у випадку дострокового припинення дії Договору страхування за ініціативою Страхувальника, останній зобов'язаний надати Страховику наступні документи:

10.6.1. заяву на дострокове розірвання договору та отримання викупної суми, встановленого зразку;

10.6.2. копію Договору страхування (Полісу, Сертифікату);

10.6.3. копію документів, що посвідчують особу Страхувальника;

10.6.4. копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру платника податку Страхувальника;

10.7. Рішення про виплату викупної суми приймається у строк до 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати отримання Страховиком документів перелічених у п. 10.6.цих Правил.

10.8. Страховик здійснює виплату викупної суми у строк до 10 (десяти) календарних днів з моменту прийняття рішення про виплату викупної суми.

11. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН ПО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

11.1. Страхувальник має право:

11.1.1. укладати Договір страхування життя відповідно до чинного законодавства;

11.1.2. визначати страхові ризики, що включаються у Договір страхування;

11.1.3. визначати розмір страхової суми (ануїтету), форму і періодичність сплати страхових внесків;

11.1.4. вибирати валюту грошових зобов'язань сторін відповідно до чинного законодавства; призначати та замінювати Вигодонабувачів відповідно до чинного законодавства;

11.1.5. вносити зміни до Договору страхування життя за згодою Страховика;

11.1.6. достроково припинити дію Договору страхування (в тому числі відносно працівника, що звільнився до закінчення дії Договору страхування), якщо це передбачено умовами Договору, обов'язково попередивши про це Страховика не пізніше як за три місяці до дати припинення дії пп. 10.5,10.6. цих Правил);

11.1.7. за погодженням із Страховиком передати свої права та/або обов'язки за Договором страхування іншій особі;

11.1.8. отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку, виходячи з конкретних умов Договору страхування;

11.1.9. отримати Дублікат Договору страхування (Полісу, Сертифікату) у разі втрати оригіналу;

11.1.10. вносити зміни до умов Договору страхування життя згідно з п. 9 цих Правил.

11.2. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язаний:

11.2.1. при укладанні Договору страхування надати Страховику інформацію про всі важливі обставини, що мають істотне значення для оцінки страхових ризиків і надалі інформувати

про будь-яку зміну страхового ризику впродовж трьох робочих днів на юридичну адресу Компанії у довільній формі;

11.2.2. своєчасно та в повному розмірі сплачувати страхові внески;

11.2.3. повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 5 (п'яти) робочих днів;

11.2.4. повідомляти Страховика про кожну зміну своєї адреси, на яку має надходити кореспонденція. Якщо Страхувальник змінив адресу, але не повідомив про це Страховика, то в разі необхідності надіслати повідомлення з сторони Страховика, йому достатньо надіслати рекомендованого листа на останню відому адресу Страхувальника;

11.2.5. сприяти Страховику у встановленні і з'ясуванні всіх обставин страхового випадку та його наслідків;

11.2.6. повідомити Страховика про всі інші чинні Договори страхування життя Застрахованої особи;

11.2.7. під час укладання та протягом дії Договору надавати Страховику за його вимогою передбачені законодавством України, Правилами страхування та/або Договором відомості, документи (оригінали або належним чином засвідчені копії), необхідні для з'ясування особи Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувачів та/або їх представників.

11.3. Застрахована особа (Вигодонабувач) має право:

11.3.1. у разі настання страхового випадку звернутися до Страховика за страховою виплатою відповідно до умов Договору страхування;

11.3.2. вибирати порядок отримання страхової виплати (одноразово чи періодичними виплатами) при закінченні строку дії Договору страхування;

11.3.3. самостійно сплачувати страхові внески;

11.3.4. Застрахована особа (Вигодонабувач) може перейняти на себе права та/або обов'язки Страхувальника.

11.4. Страховик має право:

11.4.1. в односторонньому порядку припинити дію Договору та/або редукувати Договір при несплаті Страхувальником страхового внеску у встановлений Договором строки та розмірі;

11.4.2. відмовити в страховій виплаті у випадках, передбачених Договором страхування, цими Правилами і законом;

11.4.3. у передбачених Правилами та законодавством випадках вимагати проведення медичного обстеження осіб, що підлягають страхуванню на підставі заяви Страхувальника;

11.4.4. встановлювати обмеження відносно території дії Договору страхування, причин та обставин настання страхових випадків, віку Застрахованої особи тощо у зв'язку з підвищеним ступенем страхового ризику та/або його збільшенням протягом дії Договору;

11.4.5. достроково припинити дію та/або вимагати визнання Договору недійсним чи відмовити у страховій виплаті у випадку, якщо при укладенні Договору Страхувальник надав неправдиву інформацію, що стосується предмета Договору страхування (стану здоров'я Застрахованої особи), або при настанні страхового випадку Страхувальник або Вигодонабувач не надали правдиву інформацію щодо причини настання страхового випадку;

11.4.6. перевіряти інформацію про страхові випадки шляхом запитів до правоохоронних органів, банків, медичних установ і організацій, що володіють цією інформацією, а також самостійно з'ясувати причини і обставини страхового випадку;

11.4.7. відстрочити страхову виплату у випадку порушення кримінального провадження до моменту прийняття відповідного рішення по даному провадженню компетентними органами;

11.4.8. встановлювати розмір страхових тарифів при укладенні Договору страхування та змінювати їх відповідно до зміни ступеня страхового ризику.

11.5. Страховик зобов'язаний:

11.5.1. ознайомити Страхувальника з Правилами страхування;

11.5.2. не розголошувати відомостей про Страхувальника і його майнове становище, за винятком випадків, передбачених законом;

11.5.3. збільшувати страхову суму та/або розмір страхових виплат за рахунок отриманого інвестиційного доходу, відповідно до діючого законодавства;

11.5.4. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату;

11.5.5. За несвоєчасне здійснення страхової виплати (викупної суми) з вини Страховика, останній сплачує Страхувальнику (Вигодонабувачу) пеню у розмірі 0,01% від суми несплаченої страхової виплати (викупної суми) за кожен прострочений день, але не більше 5 (п'яти) % від суми страхової виплати (викупної суми).

12. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, ВИГОДОНАБУВАЧА) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ.

12.1. При настанні страхового випадку Страхувальник (Вигодонабувач) не пізніше 5 робочих днів з моменту, як йому стало відомо про настання страхового випадку, зобов'язаний письмово повідомити Страховика за його місцем знаходження про цей випадок. При настанні страхових випадків згідно з п. 4.2., 4.3. цих Правил Страхувальник (Вигодонабувач) зобов'язаний надати Страховику достовірну інформацію про характер, обставини страхового випадку та іншу інформацію, зазначену у Договорі страхування, що підтверджують настання страхового випадку згідно пп. 12.2., 12.3., 12.4., 12.5., 12.6. цих Правил не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати настання страхового випадку, в разі стаціонарного лікування – не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів від дня виписки із стаціонару.

12.2. При настанні страхового випадку згідно з п. 4.3. пп 4.3.1. – 4.3.6., 4.3.32. - 4.3.33. цих Правил Вигодонабувач, зобов'язаний надати Страховику всі необхідні для здійснення страхової виплати належним чином оформлені документи, а саме:

12.2.1. заяву на отримання страхової виплати із зазначенням номеру Договору страхування; прізвища, ім'я, по-батькові Вигодонабувача; адреси його проживання; номера рахунку та банківських реквізитів Вигодонабувача для отримання страхової виплати;

12.2.2. копію Договору страхування (полісу, сертифікату);

12.2.3. документи, що посвідчують особу Вигодонабувача;

12.2.4. копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру платника податку Вигодонабувача;

12.2.5. довідку із банку із коректними реквізитами банківського рахунку Вигодонабувача, завірену мокрою печаткою банківської установи;

12.2.6. свідоцтво РАГСу про смерть Застрахованої особи або його нотаріально завірену копію;

12.2.7. лікарський та, у разі наявності, патологоанатомічний висновки про причину смерті;

12.2.8. свідоцтво про право на спадщину або його нотаріально завірену копію – у разі, якщо Вигодонабувачем за Договором страхування є спадкоємці згідно з чинним законодавством;

12.2.9. довідку Державної автоінспекції (ДАІ) про настання дорожньо-транспортної пригоди (ДТП);

12.2.10. акт про нещасний випадок та інші документи компетентних органів (МВС, пожежної охорони, тощо), що підтверджують факт настання нещасного випадку;

12.2.11. інші документи, що можуть підтвердити факт настання страхового випадку.

12.3. При настанні страхового випадку згідно з п. 4.2. пп 4.2.3.- 4.2.4. цих Правил Застрахована особа (Вигодонабувач, Страхувальник) зобов'язаний надати Страховику всі необхідні для здійснення страхової виплати документи, а саме:

12.3.1. заяву на отримання страхової виплати із зазначенням: номеру Договору страхування; прізвища, ім'я, по-батькові Вигодонабувача; адреси його проживання, номера рахунку та банківських реквізитів Вигодонабувача для отримання страхової виплати;

12.3.2. оригінал Договору страхування (полісу, сертифікату);

12.3.3. документи, що посвідчують особу Вигодонабувача;

12.3.4. копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру платника податку Вигодонабувача;

12.3.5. довідку із банку із коректними реквізитами банківського рахунку Вигодонабувача, завірену мокрою печаткою банківської установи;

12.3.6. протягом періоду виплати ануїтету Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язані щорічно надавати Страховику докази того, що Застрахована особа жива. Перед здійсненням чергової виплати Страховик може додатково вимагати доказів того, що Застрахована особа жива.

12.4. При настанні страхового випадку згідно з п. 4.3. пп. 4.3.7. – 4.3.17., 4.3.28. – 4.3.31. цих Правил Застрахована особа (Вигодонабувач, Страхувальник) зобов'язаний надати Страховику всі необхідні для здійснення страхової виплати документи, а саме:

12.4.1. заяву на отримання страхової виплати із зазначенням: номеру Договору страхування; прізвища, ім'я, по-батькові Вигодонабувача; адреси його проживання; номера рахунку та банківських реквізитів Вигодонабувача для отримання страхової виплати;

12.4.2. копію Договору страхування (Полісу, Сертифікату);

12.4.3. документи, що посвідчують особу Вигодонабувача;

12.4.4. копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру платника податку Вигодонабувача;

12.4.5. довідку із банку із коректними реквізитами банківського рахунку Вигодонабувача, завірену мокрою печаткою банківської установи;

12.4.6. документ медичного закладу з діагнозом хвороби чи травми, що призвели до настання страхового випадку, завірений підписом відповідальної особи та скріплений печаткою лікувального закладу;

12.4.7. довідку МСЕК про встановлення Застрахованій особі групи інвалідності або його нотаріально завірену копію;

12.4.8. довідку МСЕК про встановлення інвалідності особі, яка не досягла вісімнадцятирічного віку.

12.5. При настанні страхового випадку згідно з п. 4.3. пп. 4.3.18. – 4.3.20., 4.3.24. – 4.3.26. цих Правил Застрахована особа (Вигодонабувач, Страхувальник) зобов'язана надати Страховику:

12.5.1. заяву на отримання страхової виплати із зазначенням: номеру Договору страхування; прізвища, ім'я, по-батькові Вигодонабувача; адреси його проживання; номера рахунку та банківських реквізитів Вигодонабувача для отримання страхової виплати;

12.5.2. копію Договору страхування (полісу, сертифікату);

12.5.3. документи, що посвідчують особу Вигодонабувача;

12.5.4. копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру платника податку Вигодонабувача.

12.5.5. довідку із банку із коректними реквізитами банківського рахунку Вигодонабувача, завірену мокрою печаткою банківської установи;

12.5.6. акт про нещасний випадок на виробництві (форма Н-1), якщо такий мав місце, довідки та інші документи компетентних органів (МВС, пожежної охорони, тощо), що підтверджують факт настання нещасного випадку з зазначенням осіб, винних в настанні випадку, якщо такі мали місце;

12.5.7. лікарняний лист, а також виписку з медичної картки чи історії хвороби або довідку медичного закладу, завірених підписом відповідальної особи та скріплені печаткою лікувального закладу;

12.5.8. Рентгенівські знімки (при події "Перелом") та опис знімків.

12.5.9. інші документи, що підтверджують настання страхового випадку.

12.6. При настанні страхового випадку згідно з п. 4.3. 4.3.21. – 4.3.23 цих Правил Застрахована особа (Вигодонабувач, Страхувальник) зобов'язана надати Страховику:

12.6.1. заяву на отримання страхової виплати із зазначенням: номеру Договору страхування; прізвища, ім'я, по-батькові Вигодонабувача; адреси його проживання; номеру рахунку та банківських реквізитів Вигодонабувача для отримання страхової виплати;

12.6.2. копію Договору страхування (Полісу, Сертифікату);

12.6.3. документи, що посвідчують особу Вигодонабувача;

12.6.4. копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру платника податку Вигодонабувача;

12.6.5. довідку із банку із коректними реквізитами банківського рахунку Вигодонабувача, завірену мокрою печаткою банківської установи;

12.6.6. лікарняний лист та документ медичного закладу (виписку, епікриз) із зазначенням остаточного діагнозу Застрахованої особи, що визначає хворобу з переліку захворювань Програми страхування за Договором страхування, завіреним підписом відповідальної особи та скріплений печаткою профільного лікувального закладу;

12.6.7. інші документи, що підтверджують настання страхового випадку.

12.7. У разі, якщо Отримувачем страхової суми є інша особа крім Вигодонабувача/Страхувальника, Отримувач зобов'язаний надати нотаріально завірену копію Доручення про право отримання страхової виплати від імені Вигодонабувача/Страхувальника.

12.8. Для з'ясування обставин настання страхового випадку Страховик має право робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, медичних закладів, та інших установ, які володіють такою інформацією, а також може самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку. Страховик також має право за власний рахунок здійснити огляд або провести розтин трупу.

12.9. Якщо страховий випадок мав місце за кордоном України, то відповідні документи мають бути легалізовані (завірені) українською дипломатичною установою в країні події. До документів повинен надаватися їх переклад на українську мову, здійснений установами, що мають право займатися такою діяльністю.

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

13.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком за умови настання страхового випадку згідно з Договором страхування.

13.2. Страховик приймає рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати, яке оформлюється страховим актом, протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту

отримання всіх необхідних документів, зазначених у Розділі 12 цих Правил. Протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття відповідного рішення Страховик проводить виплату або письмово повідомляє Вигодонабувача про відмову у виплаті з обґрунтуванням причини цієї відмови. Договір може передбачати іншу домовленість сторін відносно строку здійснення страхової виплати.

13.3 У разі необхідності Страховик може проводити додаткове розслідування щодо обставин страхового випадку. За таких умов, рішення про виплату або відмову у страховій виплаті Страховик приймає не пізніше шести місяців після отримання заяви на страхову виплату.

13.3.1. Перебіг строків, вказаних в пункті 13.3 цих Правил переривається і виплати не проводяться у випадку, коли Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) чинить перешкоди в проведенні розслідування з метою встановлення обставин випадку або визначення розміру страхової виплати.

13.4. Рішення про здійснення чергової виплати ануїтету Страховик приймає до зазначеної у Договорі страхування дати чергової виплати і до цієї ж дати проводить виплату або письмово повідомляє Вигодонабувача про відмову у виплаті з обґрунтуванням причини цієї відмови.

13.5. Страхова виплата може бути отримана Застрахованою особою (Вигодонабувачем, Страхувальником, спадкоємцем за законом) особисто або за дорученням.

13.6. Неповнолітня особа-Вигодонабувач має право отримати страхову виплату не раніше досягнення нею повноліття, визначеного згідно з чинним законодавством України. До досягнення нею повноліття страхова виплата (її частка) буде здійснена:

13.6.1. законному піклувальнику на користь неповнолітньої особи;

13.6.2. на банківський рахунок, відкритий законним піклувальником на ім'я неповнолітньої особи -Вигодонабувача, яким вона може скористатися після досягнення повноліття.

13.7. Для провадження діяльності від імені неповнолітньої особи - Вигодонабувача законний піклувальник, крім документів, необхідних для отримання страхової виплати і зазначених у Розділі 12 цих Правил, має подати документи, що підтверджують його (її) особу та право піклувальника над неповнолітньою особою-Вигодонабувачем.

13.8. Розрахунки між Сторонами Договору страхування (внесення страхових платежів, здійснення страхових виплат, викупних сум тощо) здійснюються у безготівковій формі.

14. УМОВИ ЗВІЛЬНЕННЯ СТРАХУВАЛЬНИКА ВІД СПЛАТИ СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ.

14.1. За домовленістю Сторін Договором страхування може бути додатково передбачене звільнення Страхувальника-фізичної особи від сплати страхових платежів. При цьому:

14.1.1. Якщо Страхувальник одночасно є Застрахованою особою - звільнення Страхувальника від сплати страхових платежів здійснюється лише у випадку, Стійкої втрати працездатності Страхувальником (встановлення інвалідності I групи) протягом періоду сплати страхових платежів;

14.1.2. Якщо Страхувальник не є Застрахованою особою - звільнення Страхувальника від сплати страхових платежів здійснюється у випадках, Стійкої втрати працездатності

Страховальником (встановлення інвалідності I групи) протягом періоду сплати страхових платежів, Смерті Страховальника, за Договором страхування протягом періоду сплати страхових платежів.

14.1.3. Умови п.п. 14.1.1. – 14.1.2. цих Правил можуть бути застосовані, якщо вік Страховальника/Застрахованої особи на момент укладання Договору страхування не менший за 18 (вісімнадцять) років, а на дату закінчення дії Договору страхування не перевищуватиме 70 (сімдесят) років.

14.2. Якщо умовами Договору страхування передбачається звільнення Страховальника від сплати страхових платежів Стійкої втрати працездатності Страховальником (встановлення інвалідності I групи) протягом періоду сплати страхових платежів, Смерті Страховальника, який не є Застрахованою особою за Договором страхування протягом періоду сплати страхових платежів на Страховальника розповсюджуються застереження, викладені в Розділі 5 цих Правил, а також в програмах страхування цих Правил.

14.3. При настанні випадку, Стійкої втрати працездатності Страховальником (встановлення інвалідності I групи) протягом періоду сплати страхових платежів, Смерті Страховальника, який не є Застрахованою особою за Договором страхування протягом періоду сплати страхових платежів, з причини іншої, ніж внаслідок нещасного випадку, протягом перших шести місяців з моменту укладання Договору страхування або з моменту внесення змін у Договір страхування з метою збільшення страхових сум або строку страхування, звільнення від сплати страхових платежів не застосовується відповідно повністю або в частині такого збільшення. В такому разі Страховальнику (або його спадкоємцям за законом) повертається сплачений страховий платіж згідно з умовами звільнення від сплати страхових платежів відповідно повністю або у частині, сплачений додатково за збільшення страхової суми, якщо інше не зазначене у Договорі страхування.

14.4. У разі зміни Страховальника за Договором страхування, не пов'язаної зі смертю Страховальника, право на звільнення від сплати страхових платежів за Договором страхування втрачається з моменту зміни Страховальника до закінчення строку дії Договору страхування, якщо інше не зазначене у Договорі страхування.

14.5. Якщо після настання випадку, передбаченого п. 7.20.1. цих Правил, буде переглянуто ступінь непрацездатності Страховальника в сторону зменшення, Страховальник зобов'язаний повідомити Страховику про такий перегляд протягом 3 (трьох) робочих днів, як тільки стане про це відомо.

14.6. У разі, якщо Страховику не було повідомлено про перегляд ступеню непрацездатності, в результаті чого він звільнив Страховальника від сплати одного чи кількох страхових платежів після втрати Страховальником права на звільнення від сплати страхових платежів, Страховик має право вимагати від Страховальника сплату таких страхових платежів та додаткового страхового платежу для компенсації різниці, що виникла у математичному резерві за таким Договором страхування у зв'язку із простроченням страхового платежу, протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з моменту, коли йому стало відомо про перегляд ступеню непрацездатності, в тому числі шляхом зменшення страхової виплати за таким Договором страхування на суму несплачених страхових платежів.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.

15.1. Всі спірні питання, що виникають між сторонами Договору та іншими зацікавленими особами, вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди - у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

15.2. До всіх положень Правил та договорів страхування застосовується діюче законодавство України.

16. ПЕРЕДАЧА ПРАВ ТА ОБОВ'ЯЗКІВ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ.

16.1. У випадках та у порядку, передбаченому чинним законодавством України, Страховик має право згідно з Договором з іншою страховою компанією, яка має відповідну Ліцензію на право здійснення страхової діяльності у формі добровільного страхування життя, передати права та обов'язки за укладеними договорами страхування життя. Якщо Страхувальник не згоден з передачею прав та обов'язків за Договором страхування іншій страховій компанії, він має право достроково припинити дію договору страхування. При цьому передача Страховиком своїх прав та обов'язків за укладеними договорами страхування не вважається порушенням умов Договору страхування з боку Страховика.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ.

17.1. Якщо це передбачено Договором страхування, Сторони залишають за собою право припинити взаємні обов'язки за Договором страхування, укладеним на підставі цих Правил, у випадку введення надзвичайного стану та інших ситуаціях, оголошених у встановленому порядку, а також у випадку виникнення непереборних сил, діям яких неможливо запобігти або уникнути, на період виникнення цих обставин.

17.2. При втраті або знищенні Договору страхування (страхового свідоцтва, поліса) Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно протягом 10 (десяти) днів з моменту виявлення втрати повідомити у письмовій формі Страховика. На підставі заяви Страховик видає Дублікат, а втрачений Договір (Свідоцтво, Поліс) вважається недійсним.

17.3. Будь-які заяви Страхувальника (Вигодонабувача) мають юридичну силу лише, якщо вони складені у письмовому вигляді та надіслані за місцезнаходженням Страховика.

ДОДАТКОВІ МАТЕРІАЛИ

ТЕРМІНИ

1. Програма страхування життя – встановлений Страховиком перелік умов страхування, які є основою для укладення Договору страхування.

ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ

1. Програма страхування життя «Смерть Застрахованої особи внаслідок захворювання або нещасного випадку».
2. Програма страхування життя «Дожиття Застрахованої особи, до закінчення строку дії Договору страхування та (або) досягнення Застрахованою особою визначеного Договором страхування віку».
3. Програма страхування життя «Настання стійкої непрацездатності (інвалідності) Застрахованої особи, кваліфікованої як I, II, III група інвалідності».
4. Програма страхування життя «Виникнення у Застрахованої особи хвороби або критичного захворювання».
5. Програма страхування життя «Розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку».
6. Програма страхування життя «Хірургічне втручання».
7. Програма страхування життя «Виникнення хвороби та звернення Застрахованої особи до медичного закладу».
8. Договір страхування укладається на випадок настання однієї або кількох програм страхування життя, передбачених у цьому Додатку, які можуть бути доповнені різними комбінаціями програм. Конкретний перелік програм визначається за домовленістю Сторін у Договорі страхування.
З метою здійснення маркетингових комунікацій, Страховик має право комбінувати страхові ризики, передбачені в Розділі 4 цих Правил, визначати їх у програмах, умови яких повинні відповідати цим Правилам та надавати маркетингову назву продукту.

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ НА ВИПАДОК СМЕРТІ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

1. Страховим випадком за цією програмою є:
 - 1.1. Смерть Застрахованої особи, яка настала під час дії Договору страхування;
 - 1.2. Смерть одного з подружжя Застрахованих осіб внаслідок захворювання або нещасного випадку протягом дії Договору страхування.
2. Клієнт може вибирати страхові ризики з пункту 1.1., 1.2. цього Розділу або поєднувати їх.
3. Розмір страхової суми та/або розміри страхових виплат визначаються за домовленістю між Страховиком (Застрахованою особою) і Страхувальником.
4. Страхова сума за цією програмою може бути сталою, рівномірно зменшуваною або збільшуваною.
5. Вигодонабувачем (-ами) за цією програмою можуть бути одна або декілька фізичних чи юридичних осіб, визначених Страхувальником, та/або спадкоємці Застрахованої особи згідно чинного законодавства.
6. Страхові тарифи встановлюється відповідно до віку Застрахованої особи на день вступу в дію даної програми страхування, статі Застрахованої особи, факторів що збільшують ризик, встановлених на дату вступу в дію даної програми страхування або на дату зміни її умов.
7. Договір страхування за цією програмою може укладатися як на строк, так і довічно. Дія такого Договору страхування закінчується у визначений у ньому термін та/або у разі Смерті Застрахованої особи, після виконання Страховиком своїх зобов'язань.
8. На страхування за цією програмою приймаються особи, віком до 75 років включно, якщо інше не передбачено умовами Договору.
9. Сплата страхових внесків здійснюється у встановленому розмірі та у термін, вказаний у Договорі страхування, на розрахунковий рахунок Страховика, якщо інше не передбачено Договором страхування.
10. При настанні страхового випадку Вигодонабувачеві необхідно подати документи, відповідно до умов Договору страхування та цих Правил.
11. Виплата за цією програмою проводиться одноразово, або за згодою сторін.
12. До цієї програми застосовуються всі обмеження, передбачені цими Правилами.
13. Програма може застосовуватися самостійно або в комплексі з іншими програмами.

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ НА ВИПАДОК СМЕРТІ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, ЯКА НАСТАЛА ПІД ЧАС ДІЇ ДОГОВОРУ, ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ ТА/АБО ВНАСЛІДОК ДОРОЖНЬОЇ ТРАНСПОРТНОЇ ПРИГОДИ (ДТП).

1. Страховими випадками за цією програмою є:

- 1.1.** Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що сталася протягом дії Договору страхування;
- 1.2.** Смерть Застрахованої особи внаслідок дорожньо-транспортної пригоди, що сталася протягом дії Договору страхування ;
- 1.3.** Смерть Застрахованої особи внаслідок транспортної пригоди на залізничному, водному або авіаційному транспорті, що сталася протягом дії Договору страхування;
- 1.4.** Смерть Застрахованої особи внаслідок транспортної пригоди на водному транспорті, що сталася протягом дії Договору страхування ;
- 1.5.** Смерть Застрахованої особи внаслідок транспортної пригоди на залізничному транспорті, що сталася протягом дії Договору страхування;
- 1.6.** Смерть Застрахованої особи внаслідок транспортної пригоди на авіаційному транспорті, що сталася протягом дії Договору страхування ;
- 2.** Клієнт може вибирати страхові ризики з пункту 1.1.- 1.6. цього Розділу або поєднувати їх з іншими програмами.
- 3.** Розмір страхової суми та/або розміри страхових виплат визначаються за домовленістю між Страховиком (Застрахованою особою) і Страхувальником.
- 4.** Вигодонабувачем (-ами) за цією програмою можуть бути одна або декілька фізичних чи юридичних осіб, визначених Страхувальником, та/або спадкоємці Застрахованої особи згідно чинного законодавства.
- 5.** Страхові тарифи за цією програмою розраховані і наведені в таблиці №10 Додатку 8 до цих Правил.
- 6.** Договір страхування за цією програмою може укладатися на строк, дія такого Договору закінчується у визначений у ньому термін та/або у разі Смерті Застрахованої особи, після виконання Страховиком своїх зобов'язань.
- 7.** На страхування за цією програмою приймаються особи віком до 65 років включно, якщо інше не передбачено умовами Договору. При цьому страхове покриття та сплата страхових внесків за даними страховими ризиками закінчується з досягненням Застрахованою особою 75-річного віку, якщо інше не передбачено умовами Договору.
- 8.** Сплата страхових внесків здійснюється у встановленому розмірі та у термін, вказаний у Договорі страхування, на розрахунковий рахунок Страховика, якщо інше не передбачено Договором.
- 9.** При настанні страхового випадку Вигодонабувачеві необхідно подати документи відповідно до умов Договору страхування та цих Правил.
- 10.** Виплата за цією програмою проводиться одноразово, або за згодою сторін.
- 11.** Програма може застосовуватися самостійно або в комплексі з іншими програмами.
- 12.** Виплати при настанні Смерті внаслідок нещасного випадку не проводяться, якщо вона спричинена:

- 12.1.** нещасні випадки внаслідок спроби самогубства;
- 12.2.** Смерть внаслідок самогубства;
- 12.3.** нещасні випадки внаслідок дій Застрахованої особи, здійснених в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння;
- 12.4.** нещасні випадки, спричинені психічними розладами або втратою застрахованою особою свідомості, в т.ч. у випадку, якщо вони відбуваються на ґрунті алкогольного сп'яніння або внаслідок паралічів, епілептичних нападів, інших судом, що охоплюють все тіло застрахованого;
- 12.5.** нещасні випадки внаслідок керування транспортним засобом застрахованою особою у стані алкогольного або наркотичного оп'яніння чи без прав на керування транспортом даної категорії, а також внаслідок передачі управління подібній особі (в стані оп'яніння або без прав на керування);
- 12.6.** отруєння внаслідок вживання алкоголю, його сурогатів, наркотичних чи токсичних речовин, медикаментів без призначення лікаря;
- 12.7.** нещасні випадки внаслідок пілотування або використання застрахованою особою будь-яких літальних апаратів і пристроїв, якщо про можливість таких дій не було повідомлено;
- 12.8.** нещасні випадки внаслідок занять Застрахованою особою небезпечними (екстремальними) видами спорту (альпінізмом, авіа-, авто-, мотоспортом, кінним, парашутним спортом, підводним плаванням, пірнанням, дельтапланеризмом, бойовими єдиноборствами, стрільбою або іншими екстремальними видами спорту) та участі у відповідних спортивних змаганнях, якщо про такі заняття не було повідомлено Страховика та/або він не надав додаткового покриття із врахуванням таких ризиків;
- 12.9.** нещасні випадки внаслідок вчинення Застрахованою особою кримінально караного діяння або внаслідок спроби здійснення нею такого діяння;
- 12.10.** нещасні випадки внаслідок того, що Застрахована особа брала участь у військових діях на будь-якій стороні або в партизанських діях, заколотах, повстанні, внутрішніх заворушеннях на боці порушників правопорядку;
- 12.11.** нещасні випадки, пов'язані з використанням ядерної енергії або опроміненням;
- 12.12.** пошкодження здоров'я, спричинені терапевтичним або оперативним лікуванням;
- 12.13.** інфекції, за винятком зараження Застрахованої особи внаслідок отримання тілесних пошкоджень при нещасному випадку;
- 12.14.** отруєння внаслідок заковтування твердих і рідких речовин.
- 13.** Якщо страховий внесок не був сплачений у встановлений Договором страхування (свідоцтвом, полісом) строк, то страхове покриття від наслідків нещасних випадків припиняється з 00 годин наступного робочого дня.
- 14.** Страхувальник зобов'язаний завчасно повідомляти Страховика про будь-які зміни у професії, захопленнях, місцезнаходженні, тощо Застрахованої особи, які підвищують ризик

нещасного випадку, та погоджувати з Страховиком нові умови цього додаткового покриття. Якщо такі зміни вимагали підвищення розміру страхової премії і нещасний випадок настав після таких змін, а нових умов страхування із Страховиком не було погоджено або Страховик не прийняв на утримання змінений ризик, то Страховик має право зменшити розмір виплати пропорційно співвідношенню належної страхової премії до премії початкової встановленої Договором або відмовити у виплаті.

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ДОЖИТТЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

1. Страховими випадками за цією програмою є:

1.1. Дожиття Застрахованої особи до закінчення терміну дії Договору страхування ;

1.2. Досягнення Застрахованою особою пенсійного або іншого віку, визначеного у Договорі страхування .

2. Розмір страхової суми та/або розміри страхових виплат визначаються за домовленістю між Страховиком (Застрахованою особою) і Страхувальником. Розмір страхової виплати обов'язково збільшується на величину бонусів за таким Договором.

3. Страхова сума за цією програмою може бути сталою або рівномірно збільшуваною.

4. Страхові тарифи за цією програмою, розраховані відповідно до Методики розрахунку нетто-тарифів Додаток 2 до цих Правил.

5. Договір страхування за цією програмою укладається на строк. Дія такого Договору закінчується у визначений у ньому термін та/або у разі Смерті Застрахованої особи, після виконання Страховиком своїх зобов'язань.

6. Ця програма діє протягом визначеного Договором страхування терміну – періоду виплат. Період виплат починається після внесення всієї страхової премії, обумовленої Договором страхування. Дія цієї програми закінчується у визначений в Договорі страхування термін, а також у разі Смерті Застрахованої особи під час дії цієї програми за Договором страхування.

7. Сплата страхових внесків здійснюється у встановленому розмірі та у термін, вказаний у Договорі страхування, на розрахунковий рахунок Страховика, якщо інше не передбачено Договором.

8. При настанні страхового випадку Вигодонабувачеві необхідно подати документи відповідно до Договору страхування.

9. Виплата за цією програмою проводиться:

9.1. довічне регулярне отримання щомісячного ануїтету (із захистом та без захисту внесків на випадок смерті у до пенсійному віці);

9.2. регулярне отримання щомісячного ануїтету протягом строку, визначеного у Договорі страхування (із захистом та без захисту внесків на випадок смерті у до пенсійному віці);

9.3. довічне регулярне отримання щомісячного ануїтету з гарантією - регулярна постійна виплата, яка здійснюється протягом життя Застрахованої особи. У разі смерті Застрахованої

особи після виходу на пенсію його спадкоємцям виплачується страхова сума, яка дорівнює різниці між сплаченим бруто-внеском і сумою отриманих ним виплат;

9.4. отримання у вигляді одноразової виплати.

10. Програма може застосовуватися в комплексі з іншими програмами.

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ НА ВИПАДОК НАСТАННЯ СТІЙКОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ (ІНВАЛІДНОСТІ) ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, КВАЛІФІКОВАНОЇ ЯК І,ІІ,ІІІ ГРУПА ІНВАЛІДНОСТІ.

1. Страховим випадком за даною програмою може бути:

1.1. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність І групи) з будь-якої причини;

1.2. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність І, ІІ групи) з будь-якої причини;

1.3. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність І, ІІ, ІІІ групи) з будь-якої причини;

1.4. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність І групи) внаслідок Нещасного випадку;

1.5. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність І, ІІ групи) внаслідок Нещасного випадку;

1.6. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність І, ІІ, ІІІ групи) внаслідок Нещасного випадку ;

1.7. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність І групи) внаслідок Хвороби ;

1.8. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність І, ІІ групи) внаслідок Хвороби ;

1.9. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи (Інвалідність І, ІІ, ІІІ групи) внаслідок Хвороби.

1.10. Встановлення інвалідності особі, яка не досягла вісімнадцятирічного віку (Дитина - інвалід) внаслідок нещасного випадку протягом дії Договору страхування;

1.11. Встановлення інвалідності особі, яка не досягла вісімнадцятирічного віку (Дитина - інвалід) внаслідок Хвороби протягом дії Договору страхування.

2. На страхування за цією програмою приймаються особи, віком до 65 років (повних), які не є інвалідами І, ІІ або ІІІ груп. При цьому страхове покриття і сплата внесків за ним закінчується з досягненням застрахованою особою віку 70 років (повних), якщо інше не передбачене Договором страхування.

3. Інвалідність Застрахованої особи, яка встановлена протягом року із дня настання нещасного випадку або дня діагностування захворювання, що мали місце під час дії страхового покриття і визнані причиною цієї інвалідності, також є страховим випадком.

4. При встановленні I групи інвалідності проводиться страхова виплата у розмірі 100 % (відсотків) від страхової суми, II групи – 80% (відсотків) від страхової суми, III групи – 60% (відсотків) від страхової суми якщо інше не передбачене Договором страхування.

Якщо Застрахованій особі було здійснено виплату у зв'язку з встановленням II групи або III групи інвалідності, яка була перекваліфікована на I або на II групу і ця перекваліфікація викликана тією ж причиною, що й встановлення первинної інвалідності, то Страховик проводить доплату з таким розрахунком, щоб сумарна виплата не перевищувала розміру страхової суми, встановленої для I групи інвалідності. Доплата проводиться у тому випадку, якщо від дати захворювання або нещасного випадку до дати перекваліфікації пройшло не більше 12 місяців.

5. Страхові тарифи за цією програмою розраховані відповідно до Методики по розрахунку нетто-тарифів Додаток 2 до цих Правил.

6. Страхова сума за цією програмою може бути фіксованою або рівномірно зменшуваною.

7. Вигодонабувачем за цією програмою є Застрахована особа, якщо інше не передбачено умовами Договору.

8. Виплати за цією програмою не проводяться, якщо відповідний страховий випадок був прямо або непрямо спричинений:

8.1. спробою самогубства, навмисним заподіянням собі тілесних пошкоджень або навмисним спричиненням хвороби чи знесиленням;

8.2. отруєння внаслідок вживання алкоголю, його сурогатів, наркотичних чи токсичних речовин, медикаментів без призначення лікаря;

8.3. ВІЛ-інфекцією чи СНІДом;

8.4. спричинені психічними розладами або втратою застрахованою особою свідомості, в т.ч. у випадку, якщо вони відбуваються на ґрунті алкогольного сп'яніння або внаслідок паралічів, епілептичних нападів, інших судом, що охоплюють все тіло застрахованого;

8.5. керуванням транспортним засобом застрахованою особою у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння чи без прав на керування транспортом даної категорії, а також передачею управління подібній особі (в стані сп'яніння або без прав на керування);

8.6. пілотуванням або іншим використанням Застрахованою особою будь-яких літальних апаратів і пристроїв, якщо про таке не було повідомлено Страховика та/або він не надав додаткового покриття з врахуванням таких ризиків;

8.7. нещасні випадки внаслідок занять Застрахованою особою небезпечними (екстремальними) видами спорту (альпінізмом, авіа-, авто-, мотоспортом, кінним, парашутним спортом, підводним плаванням, пірнанням, дельтапланеризмом, бойовими єдиноборствами, стрільбою або іншими екстремальними видами спорту) та участі у відповідних спортивних змаганнях, якщо про такі заняття не було повідомлено Страховика та/або він не надав додаткового покриття із врахуванням таких ризиків;

8.8. нещасні випадки внаслідок того, що Застрахована особа брала участь у військових діях на будь-якій стороні або в партизанських діях, заколотах, повстанні, внутрішніх заворушеннях на боці порушників правопорядку;

- 8.9.** атомною енергією прямо чи опосередковано;
- 8.10.** вчинення Застрахованою особою кримінально карного діяння або внаслідок спроби здійснення нею такого діяння;
- 8.11.** протиправним діянням Страхувальника, яким той умисно спричинив Інвалідність Застрахованої особи;
- 8.12.** пошкодження здоров'я, спричинені терапевтичним або оперативним лікуванням;
- 8.13.** інфекції, за винятком зараження Застрахованої особи внаслідок отримання тілесних пошкоджень при нещасному випадку;
- 8.14.** отруєння внаслідок заковтування твердих і рідких речовин;
- 8.15.** якщо причиною виникнення стійкої непрацездатності було захворювання Застрахованої особи, яке виникло у неї до початку дії цієї Програми.
- 9.** Страхова сума за програмою на випадок настання інвалідності згідно умов цієї програми встановлюється за погодженням сторін.
- 10.** Розмір страхового внеску визначається на базі нетто-тарифу із врахуванням результатів андеррайтингу.
- 11.** Сплата страхових внесків за дане покриття припиняється з місяця наступного за тим, у якому Застрахованій особі було офіційно встановлено групу інвалідності, за умови, що Страховик був повідомлений належним чином про настання такої інвалідності. З цього ж часу припиняється дія додаткового страхування на випадок настання інвалідності з будь-якої причини. У іншому випадку сплата страхових внесків і дія страхового покриття припиняються з місяця, в якому Страховика було повідомлено про встановлення групи інвалідності.
- 12.** Програма може застосовуватися в комплексі з іншими програмами.

**ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ НА ВИПАДОК
ВИНИКНЕННЯ У ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ХВОРОБИ АБО КРИТИЧНОГО
ЗАХВОРЮВАННЯ.**

- 1.** Страховим випадком за даною програмою може бути:
- 1.1.** Критичне захворювання Застрахованої особи під час дії Договору страхування СІ- I або СІ-ІІ;
- 1.2.** Жіноче критичне захворювання Застрахованої особи під час дії Договору страхування;
- 1.3.** Дитяче критичне захворювання Застрахованої особи під час дії Договору страхування.
- 2.** Критичне захворювання Застрахованої особи під час дії Договору страхування СІ-І або СІ- ІІ . Страховими випадками за даними умовами є:

2.1. Злоякісне онкологічне захворювання (Рак) - захворювання, що проявляється у розвитку однієї чи більше пухлин, які гістологічно кваліфікуються як злоякісні, та характеризуються неконтрольним зростанням та метастазуванням злоякісних клітин та інвазій у нормальну тканину. Діагноз повинен бути підтверджений гістологічно. Термін **рак** також включає лейкемію та злоякісні захворювання лімфатичної системи, в тому числі хвороба Ходжкіна.

Наступна патологія виключається з покриття:

- 1) Всі ступені вираженості цервікальна інтраепітеліальна неоплазія;
- 2) Всі пухлини, що описані гістологічно як передракові;
- 3) Будь-який неінвазивний рак (cancer in situ);
- 4) Базальнокліткова карцинома та пласкоклітинна карцинома;
- 5) Злоякісна меланома стадії 1А (T1a NO MO);
- 6) Всі злоякісні пухлини при наявності ВІЛ-інфекції.

2.2. Інфаркт міокарда - омертвіння ділянки міокарда в результаті нестачі кровопостачання. Діагноз повинен бути встановлений спеціалістом при наявності всіх нижче наведених ознак:

- 1) Присутність в анамнезі типових болів у грудній клітині;
- 2) Нові зміни на ЕКГ, що характерні для інфаркту міокарда;
- 3) Значне підвищення у крові рівня ферментів, що характерні для пошкодження клітин міокарда (аланінамінотрансфераза (АЛТ), аспаратамінотрансфераза (АСТ), лактатдегідрогеназа (ЛДГ), креатинфосфокіназа (КФК)).

Виключення за покриття: інфаркти міокарда без змін сегменту ST та з збільшенням показників Тропонину I або T у крові; інші гострі коронарні синдроми; безболісний інфаркт міокарду.

2.3. Інсульт - будь-які цереброваскулярні зміни, здатні викликати неврологічну симптоматику тривалістю більше, ніж 24 години, що включають в себе омертвіння ділянки мозкової тканини, геморагію та емболію. Діагноз повинний бути підтверджений спеціалістом при наявності типових клінічних симптомів, а також даних комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії головного мозку. Неврологічна симптоматика повинна спостерігатися щонайменше протягом 3 (трьох) місяців.

Виключення з покриття: перехідні ішемічні порушення мозкового кровообігу; травматичні ушкодження головного мозку; неврологічні симптоми, що виникають в результаті мігрені; лакунарні інсульти без неврологічної симптоматики.

2.4. Ішемічна Хвороба Серця, що вимагає проведення аорто коронарного шунтування або коронарного стентування - достовірне підтвердження проведення операції на органах грудної порожнини відкритим доступом, в цілях корекції однієї чи більше стенозованих або закупорених коронарних артерій, методом обхідного судинного шунтування. Операція повинна бути проведена при наявності коронарної ангіографії.

Виключення з покриття: ангіопластика та/або інші маніпуляції на артеріях, ендоскопічні хірургічні маніпуляції.

2.5. Ниркова недостатність - термінальна стадія захворювання нирок, яка характеризується хронічним безповоротним порушенням функції обох нирок, і, як результат, постійне застосування ниркового діалізу (гемодіалізу або перитонеального діалізу) або проведення трансплантації нирки донора. Діагноз повинний бути підтверджений спеціалістом.

2.6. Трансплантація життєво важливих органів – підтвержене спеціалістом проведення операції з пересадки (в якості реципієнта) серця, легенів, печінки, підшлункової залози, тонкого кишечника, нирки або кісткового мозку.

2.7. Особливості прийняття на страхування за цією програмою:

2.7.1. особи віком до 54 років (повних) можуть бути додатково застраховані на випадок настання критичного захворювання.

2.7.2. На страхування не приймаються: інваліди I, II, III груп, особи, у яких діагностовано критичне захворювання до початку дії Договору.

2.8. Страхова сума для покриття на випадок критичних захворювань встановлюється відповідно до програми страхування, яку обрав клієнт CI - I (50 % від страхової суми, встановленої для покриття ризику смерті) або CI - II (100 % від страхової суми, встановленої для покриття ризику смерті):

2.9. Програма CI - I передбачає виплату в розмірі 50 відсотків від страхової суми, встановленої для покриття ризику смерті Застрахованої особи під час дії Договору страхування життя. Бонуси у розрахунок не приймаються.

Після здійснення страхової виплати у зв'язку з настанням критичного захворювання страхова сума, встановлена для покриття ризику смерті Застрахованої особи, зменшується на розмір цієї виплати. Розмір внеску, що сплачувався за покриття ризику смерті під час дії Договору страхування життя зменшується у подібній пропорції.

При цьому дія покриття на випадок критичних захворювань та сплата страхових внесків за це додаткове страхування надалі припиняється.

2.10. Програма CI - II передбачає виплату в розмірі 100 відсотків від страхової суми, встановленої для покриття ризику смерті Застрахованої особи під час дії Договору страхування життя.

Після здійснення страхової виплати у зв'язку з настанням критичного захворювання страхова сума, встановлена для покриття ризику смерті Застрахованої особи, на розмір цієї виплати не зменшується. Розмір внеску, що сплачувався за покриття ризику смерті під час дії Договору страхування життя, не зменшується.

При цьому дія покриття на випадок критичних захворювань та сплата страхових внесків за це додаткове страхування надалі припиняється.

2.11. Період очікування для даного покриття для програми CI – I становить три місяці, тобто протягом перших трьох місяців дії страхового покриття прояви хвороб не фіксуються як страхові випадки і страхові виплати, пов'язані з критичними захворюваннями, не проводяться.

Період очікування для даного покриття для програми CI - II становить шість місяців, тобто протягом перших шести місяців дії страхового покриття прояви хвороб не фіксуються як страхові випадки і страхові виплати, пов'язані з критичними захворюваннями, не проводяться.

У випадку критичного захворювання виплати проводяться лише за умови, що Застрахована особа прожила як мінімум один місяць після настання у неї цього захворювання.

2.12. Мінімальний строк дії Договору додаткового страхування на випадок критичних захворювань становить три роки. При цьому страхове покриття і сплата внесків за даним покриттям закінчується з досягненням Застрахованою особою віку 60 років (повних), якщо інше не передбачене Договором страхування.

2.13. Кожне настання страхового випадку повинне бути офіційно підтверджене лікувально-профілактичним закладом, призначеним страховою компанією. Діагноз критичного захворювання повинен бути підкріплений клінічними, радіологічними, гістологічними та лабораторними висновками, що визнаються Страховиком.

2.14. Виплата у випадку критичного захворювання проводиться лише один раз при першому захворюванні. Надалі відповідальність Страховика за цим покриттям припиняється і сплата додаткових внесків Страхувальником не проводиться. Внески Страхувальника за дане покриття на наступні періоди при цьому не приймаються і не зараховуються.

2.15. Розмір страхового внеску визначається на базі нетто-тарифу з врахуванням результатів андеррайтингу.

2.16. Виплати за цією програмою не проводяться, якщо відповідний страховий випадок був прямо або непрямо спричинений:

2.16.1. спробою самогубства або умисним заподіянням собі шкоди застрахованою особою;

2.16.2. зловживанням алкоголем, токсинами чи наркотиками;

2.16.3. критичним захворюванням за наявності ВІЛ-інфекції.

2.17. Страхова виплата не проводиться, якщо критичне захворювання було вперше діагностовано до дати початку страхового покриття або під час очікувального періоду.

2.18. Внески за додатковим страхуванням на випадок критичних захворювань не враховуються при визначенні розміру викупної суми за змішаним страхуванням життя. Умовою для додаткового страхування на випадок критичного захворювання є укладення Договору страхування життя із сталою страховою сумою.

2.19. Страхові тарифи за цією програмою розраховані відповідно до Методики по розрахунку нетто-тарифів Додаток 2 до цих Правил.

3. Жіноче критичне захворювання Застрахованої особи під час дії Договору страхування:

3.1. Якщо інше не передбачено Договором страхування життя, особи віком від 18 років можуть бути додатково застраховані на випадок настання жіночого критичного захворювання. Максимальний вік Застрахованої особи на момент закінчення дії покриття: 59 повних років для Категорій ризиків А і В, 39 повних років для Категорії ризиків С. На страхування не приймаються: інваліди I, II, груп; особи, у яких діагностовано жіноче критичне захворювання до початку дії Договору.

3.2. Жіноче критичне захворювання поділяється на Категорії ризиків А, В, С. В покриття включені одночасно всі три ризики А, В, С. Страхувальник/Застрахований не може вибрати окремі ризики для включення в покриття.

3.3. Страховими випадками за даними умовами є:

Категорія ризиків А

3.4. Специфічні форми раку. Злоякісна пухлина, що характеризується безконтрольним зростанням і метастазуванням злоякісних клітин і інвазією в нормальну тканину наступних локалізацій: молочна залоза, шийка матки, матка, яєчник, фаллопієва труба, піхва, зовнішні жіночі статеві органи. Визначення не включає вторинний рак, що розвинувся в статевих органах або грудях в результаті метастазування з інших органів; неінвазивний рак cancer-in-situ (окрім перерахованих в підпунктах 3.4. а); пухлини у присутності Вірусу Імунодефіциту Людини. Діагноз має бути підтверджений гістологічним дослідженням.

а) Неінвазивний рак (Cancer-in-situ) жіночих статевих шляхів і проток молочної залози. Покриття включає неінвазивний рак лише жіночих статевих шляхів і проток молочної залози.

б) Визначення неінвазивного раку (Cancer-in-situ): неінвазивний рак (Cancer-in-situ) – локальне новоутворення, що складається із злоякісно змінених клітин без інвазії в нормальну тканину. Під дане покриття потрапляє **ЛИШЕ** неінвазивний рак (Cancer-in-situ) молочної залози, шийки матки, матки, яєчника, фаллопієвої труби, вагіни/зовнішніх жіночих статевих органів; при цьому після дати укладання полісу до встановлення діагнозу або появи перших симптомів повинно пройти триста шістдесят п'ять днів (до того випадку із вищеперерахованих, яке сталося раніше).

Діагноз неінвазивний рак (Cancer-in-situ) повинен бути підтверджений результатами мікроскопічного дослідження зразка тканини; в разі неінвазивного раку шийки матки діагноз має бути додатково підтверджений клиновидною (конізаційною) біопсією. Результат тесту Папаніколау (PAP) є попереднім і для заяви на виплату має бути підтверджений результатами біопсії.

в) Із покриття виключаються: будь-яка форма дисплазії без гістологічних ознак раку (in situ) ураженого органу або тканини; клінічний, попередній або неоднозначний діагноз; для шийки матки покривається лише неінвазивна пухлина шийки матки згідно з визначенням ВООЗ. Дисплазія шийки матки легкої, середньої або високої міри (CIN I, CIN II, CIN III) виключається з покриття; VIN I, VIN II (вульварна інтраепітеліальна неоплазія); хоріокарцинома.

г) Визначення інвазії: під інвазією в даному покритті мається на увазі проникнення за базальну мембрану клітин і активна деструкція навколишньої тканини.

д) Для заяви на виплату по покриттю Неінвазивний рак (Cancer-in-situ) жіночих статевих шляхів і проток молочної залози необхідне виконання наступних умов:

при даному стані виконуються визначення діагнозу і лікування; поява перших симптомів і діагностування відбувається через період очікування 1 рік від початку дії полісу; стан не відноситься до станів, перерахованих у виключеннях.

3.5. Інші види раку: Вперше діагностована (діагноз має бути підтверджений гістологічно) інвазивна злоякісна пухлина, що характеризується інвазією, в належну тканину, включаючи лейкемію і злоякісні захворювання лімфатичної системи (лімфоми).

Із покриття виключаються: пухлини, лікування яких проведено ендоскопічно; неінвазивний рак (cancer in situ); цервикальна інтраепітеліальна неоплазія (CIN); всі передракові пухлини; папілярна карцинома щитовидної залози стадії T1N0M0 менше 1 см в діаметрі; злоякісна меланома товщиною не більше 1,5 мм; базальноклітинна карцинома, плоскоклітинна карцинома і інші види раку шкіри; Саркома Капоши і інші пухлини, пов'язані з ВІЛ-інфекцією; хронічна лімфоцитарна лейкемія; хоріокарцинома.

3.6. Інфаркт міокарду - омертвлення ділянки міокарду в результаті недостатності кровопостачання. Діагноз має бути підтверджений фахівцем за наявності всіх нижченаведених ознак: присутність в анамнезі типових болів в грудній клітині; нові зміни на ЕКГ, характерні для гострого інфаркту міокарду, з формуванням патологічного зубця Q; значне збільшення в крові рівня характерних для пошкодження клітин міокарду: тропонінів (Т або І) (не менше ніж 3-кратне перевищення верхньої межі норми) або МВ-ізофермента креатінкінази (СК МВ) (не менше ніж 2-кратне перевищення верхньої межі норми).

3.7. Інсульт - вперше діагностовано, гостра неврологічна подія, викликана внутрішньо мозговим або внутрішньочерепним крововиливом або тромбозом мозкових артерій за наявності всіх перерахованих умов: гостра поява постійної об'єктивної неврологічної симптоматики, в результаті якої необоротно порушується здатність самостійно виконувати по дві і більше елементарні побутові дії*; та наявність пошкоджень, пов'язаних з гострим крововиливом, емболією або тромбозом, підтверджене результатами МРТ, КТ або аналогічних методів візуалізації. Неврологічна симптоматика повинна спостерігатися по меншій мірі три місяці.

З покриття виключаються: пошкодження головного мозку внаслідок нещасного випадку, інфекції, васкуліту або запального захворювання; перехідні ішемічні порушення мозкового кровообігу; неврологічні симптоми, що виникають в результаті мігрені.

** елементарні побутові дії: митися (здатність митися в душі або у ванні), одягатися (знямати або надягати на себе одяг, застібатися або розстібатися), дотримуватися особистої гігієни (користуватися туалетом, підтримувати прийнятний рівень гігієни), рухатися (здатність пересуватися удома або в межах поверху), самостійно регулювати екскреторні функції, їсти/пити (але не готувати їжу) або вимагати спостереження і постійної присутності спеціального персоналу по догляду.*

3.8. Хірургічне лікування коронарних артерій (аорто-коронарне шунтування)

Вперше проведена операція на органах грудної порожнини відкритим доступом в цілях корекції однієї або більше шунтованих або закупорених коронарних артерій методом аорто-коронарного шунтування. Необхідність проведення операції має бути підтверджена методом коронарної ангіографії, факт проведення операції має бути офіційно підтверджений спеціалістом лікувально-профілактичного закладу.

З покриття виключаються: ангіопластика із шунтуванням або без шунтування; будь-які інші внутрішньоартеріальні маніпуляції; ендоскопічні маніпуляції.

3.9. Ниркова недостатність (Термінальна стадія захворювання нирок)

Термінальна стадія захворювання нирок, що характеризується хронічним необоротним порушенням функції обох нирок, в результаті якого проводиться регулярний діаліз (гемодіаліз або перитонеальний діаліз) або здійснена трансплантація донорської нирки. Діагноз має бути підтверджений спеціалістом лікувально-профілактичного закладу.

3.10. Трансплантація життєво-важливих органів - підтвержене спеціалістом лікувально-профілактичного закладу проведення операції з пересадки в якості реципієнта:

а) кістковий мозок людини (стовбурові клітин) з передуючою повною абляцією кісткового мозку або

б) одного з наступних органів повністю: серця, легень, печінки, нирок чи підшлункової залози в результаті термінальної стадії недостатності відповідного органу.

З покриття виключаються: трансплантація інших стовбурових клітин кісткового мозку, а також трансплантація частини органу.

3.11. Системна червона вовчанка (СЧВ) з ураженням нирок - аутоімунне захворювання, при якому відбувається ураження тканин і клітин організму внаслідок відкладення в них патогенних аутоантитіл та імунних комплексів. Для визнання страхового випадку повинна бути порушена функція нирок застрахованої особи внаслідок СЧВ. Діагноз повинен бути підтверджений спеціалістом лікувально-профілактичного закладу, а також результатами гістологічного дослідження.

Порушення функції нирок повинно відповідати наступним критеріям: підтверджено спеціалістом лікувально-профілактичного закладу; підтверджено наявністю антинуклеарних антитіл (ANA), включаючи антитіла до дволанцюгового ДНК (анти-ds-ДНК) та антитіла до антигену Сміта (анти-Sm-антитіла); протеїнурія більше 0,5 г/день; багаточисленні лейкоцити та еритроцити, а також еритроцитарні циліндри в сечовому осаді. З покриття виключаються: інші різновиди СЧВ, так як дискоїдна червона вовчанка або ті, які викликають виключно ураження суглобів та зміни в складі крові; СЧВ або вовчанні синдроми, викликані лікарськими препаратами.

3.12. Виражений ревматоїдний артрит - діагноз вираженого ревматоїдного артрити повинен задовольняти всі перераховані умови: ураження (деформація) суглобів щонайменшою мірою трьох з нижче перерахованих груп: суглоби пальців, кисті, ліктьові суглоби, колінні суглоби, стегнові суглоби, гомілковостопні суглоби, хребет; наявність

типових змін на рентгенографії; постійна деформація суглобів, що підтверджена спеціалістом лікувально-профілактичного закладу.

Категорія В

3.13. Обширні опіки - обширні опіки 3-го ступеня площею мінімум 20% поверхні тіла Застрахованої особи і вище. Діагноз повинен бути підтверджений спеціалістом лікувально-профілактичного закладу, а також результатами виміру площі опіку по таблиці Лунда-Браудера або за допомогою аналогічного інструмента.

Категорія С

3.14. Ускладнення при вагітності:

а) Позаматкова вагітність – це стан, при якому імплантація ембріона відбувається поза порожниною матки, наприклад, в шийці матки, яєчника, фаллопієвій трубі, черевній порожнині або тазовій порожнині. Для виплати діагноз повинен бути підтверджений спеціалістом лікувально-профілактичного закладу, переривання вагітності повинно статися за допомогою лапароскопії або лапаротомії.

б) ДВС-синдром (синдром дисемінованого судинного згортання) на терміні більше 28 тижнів. ДВС-синдром – ускладнення вагітності, при якому в результаті порушення механізмів згортання крові виникають тромбози і тяжкі кровотечі (гострі та підгострі тромбогеморагічні порушення). Такий стан повинен бути діагностовано спеціалістом лікувально-профілактичного закладу і відповідати наступним критеріям: пов'язано з вагітністю; аномальні кровотечі різної локалізації; типові результати лабораторних аналізів: низький рівень тромбоцитів, низький рівень фібриногену, підвищений рівень продуктів розпаду фібрину, збільшення протромбінованого часу, збільшення АЧПЧ (активованій частковий протромбінований час).

в) Преєклампсія. Тяжка преєклампсія – ускладнення вагітності, для якої характерні гіпертензія, протеїнурія, надмірне підвищення ваги, набряки та порушення згортання крові. Тяжку преєклампсію повинен бути діагностовано спеціалістом лікувально-профілактичного закладу, вона повинна характеризуватися як мінімум трьома критеріями із нижченаведених: систолічний тиск більше 160 мм.рт.ст.; діастолічний тиск більше 110 мм.рт.ст.; протеїнурія (більше 3 г білка на добу); підвищення рівня креатиніна; набряки; олігурія; судоми; внутрішньоутробна смерть плоду; HELLP синдром.

г) Хоріокарцинома – злоякісна гестаційна трофобластична хвороба, що виникла в результаті вагітності. Діагноз повинен бути підтверджений акушером та результатом біопсії (гістологічного дослідження).

д) Розрив матки – стан, при якому виникає порушення цілісності стінки матки по всій її товщині. Розрив матки виникає в основному після попереднього кесаревого розтину, а також може виникнути після травми при багатоплідній вагітності або при народженні крупного плоду.

3.15. Патології новонароджених (вроджені вади):

а) Атрезія анального отвору. Вроджена відсутність або виражене звуження ануса, для лікування якого необхідне оперативне втручання (колостомія або анопластика). Діагноз повинен бути підтверджений педіатром.

б) Тетрада Фалло. Вроджена анатомічна аномалія, яка з раннього віку проявляється ціанозом в результаті комбінації стенозу легеневої артерії, дефекту міжшлункової перегородки, гіпертрофії правого шлуночка і декстропозиції аорти. Діагноз повинен бути підтверджений педіатром в результаті або катетеризації серця, або ангіокардіографії, або ехографії. В це визначення також включена тетрада Фалло с додатковими аномаліями серця (наприклад, Пентада Фалло). Всі варіанти без класичного поєднання всіх вищевказаних вад виключені із покриття.

в) Заяча губа та/або вовча паща (розщеплювання губи та/або піднебіння).

Вроджені аномалії, які можуть виникнути або ізольовано, або в поєднанні. Заяча губа – розщеплювання верхньої губи, яке може бути неповним (дефект тільки губи) або повним (із залученням дна носової порожнини). Вовча паща – дефект піднебіння внаслідок незрощення двох його половин). Дефект може бути неповним (незрощення м'яких тканин піднебіння) або повним (незрощення як м'якого піднебіння, так і твердого піднебіння). Для виплати необхідно проведення хірургічного втручання в термін перших трьох місяців життя. В дане визначення включені розщеплення губи, розщеплення піднебіння або їх поєднання.

З покриття виключаються: так звані мікроформи розщелин губи або піднебіння, не потребуючі проведення операції.

г) Синдром Дауна (трисомія хромосоми 21). Хромосомна аномалія, викликана наявністю «зайвої» 21-ї хромосоми. Зовнішні ознаки, що визначають синдром Дауна: епікант (шкірна складка, що прикриває кут очної щілини), м'язова гіпотонія, поперечна долонна складка, збільшений язик і т.д. Обов'язкова наявність розумової відсталості по меншій мірі легкого або середнього ступеня і затримки розвитку загальної та дрібної моторики. В дане визначення також включено мозаїчний синдром Дауна при умові наявності всіх вищеперерахованих ознак. Діагноз повинен бути підтверджений педіатром.

д) Атрезія стравоходу/трахео-езофагальний (трахеостравоходний) свищ.

Атрезія стравоходу – вроджена патологія, при якій стравохід закінчується сліпо, а не сполучається зі шлунком. Трахео-езофагальний свищ - аномальне повідомлення між стравоходом і трахеєю. Обидва стани часто поєднані (близько 90% випадків) і призводять до важких порушень травлення і ускладнень з боку легень (пневмонії) у новонароджених. У всіх випадках необхідне проведення хірургічного втручання. Діагноз має бути підтверджений педіатром.

е) Спина Бифида (Spina Bifida Aperta) (відкрите розщеплювання хребців).

Відкрите розщеплювання хребців - вроджена патологія, при якій хребетний канал із спинним мозком не закритий повністю, що супроводжується важкими неврологічними розладами. Для виплати даний діагноз має бути підтверджений фахівцем і проведено хірургічне втручання для усунення дефекту і запобігання в подальшому розвитку неврологічних розладів. Виключенням з покриття являється приховане незарощення хребців (Spina Bifida Occulta)

є) Клишоногість. Природжена патологія, при якій одна стопа або обидві стопи повернені у напрямі до іншої стопи. На відміну від інших патологій стоп новонароджених в цьому випадку уражені всі суглоби, сухожилля і зв'язки. Лікування клишоногості включає або хірургічне втручання, або неоперативне втручання (наприклад, неодноразове накладення гіпсової пов'язки). Дане визначення покриває як випадки клишоногості з оперативним, так і з консервативним лікуванням, проте, для виплати в разі консервативного лікування необхідне надання медичної документації з детальним описом лікування. Діагноз має бути підтверджений педіатром.

Виключенням з покриття являються неважкі патології (наприклад, приведена стопа metatarsus adductus), які піддаються самостійному виправленню або після виконання вправ.

3.16. Період очікування для жіночого критично захворювання – шість місяців для Категорії ризиків А, В; період очікування для жіночого критичного захворювання – дванадцять місяців для Категорії ризиків С. Тобто, протягом перших шести або дванадцяти місяців дії страхового покриття прояви хвороб не фіксуються як страхові випадки і страхові виплати, пов'язані з жіночим критичним захворюванням, не проводяться.

3.17. У випадку жіночого критичного захворювання виплати проводяться лише за умови, якщо Застрахована особа прожила як мінімум один місяць після настання у неї цього захворювання за Категоріями ризиків А, В.

3.18. Кожне настання страхового випадку повинне бути офіційно підтверджене лікувально-профілактичним закладом, призначеним страховою компанією. Діагноз жіночого критичного захворювання повинен бути підкріплений клінічними, радіологічними, гістологічними та лабораторними висновками, що визнаються Страховиком.

3.19. Виплати у випадку жіночого критичного захворювання поділяються на Категорії ризиків А, В, С.

3.20. Настання жіночого критичного захворювання за Категорією ризиків А передбачає виплату у розмірі 100 відсотків від страхової суми. При цьому дія покриття на випадок жіночого критичного захворювання за Категоріями ризиків А, В, С та сплата страхових внесків за це додаткове страхування надалі припиняється.

3.21. Настання жіночого критичного захворювання за Категорією ризиків В передбачає виплату 20 відсотків від загальної страхової суми. При цьому дія покриття на випадок жіночого критичного захворювання за Категорією ризиків В припиняється, та страхова сума за Категоріями ризиків А зменшується на 20 відсотків, сплата страхових внесків залишається сталою.

3.22. Настання жіночого критичного захворювання за Категорією ризиків С передбачає виплату у розмірі 20 відсотків від страхової суми. При цьому дія покриття на випадок жіночого критичного захворювання за Категорією ризиків С припиняється, та страхова сума за Категоріями ризиків А зменшується на 20 відсотків, сплата страхових внесків залишається сталою.

3.23. Настання жіночого критичного захворювання за Категоріями ризиків В, С передбачає виплату у розмірі 40 відсотків від страхової суми. При цьому покриття продовжує свою дію тільки по Категорії ризиків А зі зменшеною на 40 відсотків страховою сумою, сплата страхових внесків залишається сталою.

3.24. Виплати за жіночими критичними захворюваннями не проводяться, якщо відповідний страховий випадок був прямо або непрямо спричинений:

- 1) спробою самогубства або умисним заподіянням собі шкоди застрахованою особою;
- 2) зловживанням алкоголем, токсинами чи наркотиками;
- 3) жіночим критичним захворюванням за наявності ВІЛ-інфекції;
- 4) для Категорії ризиків С мертвонародження.

3.25. Страхова виплата не проводиться, якщо жіноче критичне захворювання було вперше діагностовано до дати початку страхового покриття або під час очікувального періоду.

3.26. Внески за додатковим страхуванням на випадок жіночого критичного захворювання не враховуються при визначенні розміру викупної суми за змішаним страхуванням життя.

3.27. Розмір страхового внеску визначається на базі нетто-тарифу з врахуванням результатів андеррайтингу.

3.28. Умовою для додаткового страхування на випадок критичного захворювання є укладення Договору страхування життя із сталою страховою сумою.

4. Дитяче критичне захворювання:

4.1. Якщо інше не передбачено Договором страхування життя, особи віком від 0 років до 17 років (особа, яка не досягла вісімнадцятирічного віку) можуть бути додатково застраховані на випадок настання Дитячого критичного захворювання. На страхування не приймаються: дитина – інвалід; особи, у яких діагностовано дитяче критичне захворювання до початку дії Договору страхування.

4.2. Страховими випадками за даними умовами є:

1) Злоякісне онкологічне захворювання (Рак) – захворювання, що проявляється у розвитку однієї чи більше пухлин, які гістологічно кваліфікуються як злоякісні, та характеризуються неконтрольним зростанням та метастазуванням злоякісних клітин та інвазій у нормальну тканину. Діагноз повинен бути підтверджений гістологічним аналізом. Термін рак також включає лейкемію та злоякісні захворювання лімфатичної системи, в тому числі хвороба Ходжкіна.

З- під покриття виключається:

- а) Всі ступені вираженості цервікальна інтраепітеліальна неоплазія;
- б) Всі пухлини, що описані гістологічно як передракові;
- в) Будь-який неінвазивний рак (cancer in situ);
- г) Базальнокліткова карцинома та 43пласкоклітина карцинома;
- д) Злоякісна меланома стадії 1А (T1a NO MO);
- е) Всі злоякісні пухлини при наявності ВІЛ- інфекції.

2) Ниркова недостатність – термінальна стадія захворювання нирок, яка характеризується хронічним безповоротним порушенням функції обох нирок, і, як результат, постійне застосування ниркового діалізу (гемодіалізу або 43перитоніального діалізу) або проведення трансплантації нирки донора. Діагноз повинний бути підтверджений спеціалістом.

3) Трансплантація життєво важливих органів – підтвержене спеціалістом проведення операції з пересадки від людини до людини (в якості реципієнта) серця, легенів, печінки, підшлункової залози, тонкого кишківника, нирки або кісткового мозку.

З- під покриття виключається: трансплантація інших органів, частин органів чи якихось тканин; ендоскопічна маніпуляція.

4) Параліч – повна стійка втрата рухової функції двох чи більше кінцівок у зв'язку з паралічем внаслідок нещасного випадку або захворювання спинного мозку. Тривалість існування цього стану, який має спостерігатися щонайменше впродовж 3 (трьох) місяців, повинна засвідчуватися відповідною медичною документацією. З покриття виключається синдром Гієна-Барре.

5) Сліпота (втрата зору) – повна стала довічна втрата зору на обидва ока в результаті перенесеної хвороби або нещасного випадку. Діагноз повинен бути підтверджений лікарем офтальмологом за умови наявності результатів спеціальних досліджень.

6) Кома – безперервне перебування у стані коми щонайменше 96 (дев'яноста шість) годин. Діагноз повинен бути підтверджений всіма наступними фактами:

а) відсутність реакції на зовнішні подразники як мінімум протягом 96 (дев'яноста шести) годин;

б) необхідність застосування заходів для підтримання життєдіяльності;

в) ураження головного мозку, що призводить до постійного неврологічного дефіциту, який має бути підтверджений не раніше, ніж через 30 (тридцять) днів після настання коми.

З – під покриття виключається: кома, що спричинена алкогольною або наркотичною залежністю.

7) Глухота – повна та невідновна втрата слуху на обидва вуха внаслідок нещасного випадку або хвороби. Діагноз має бути підтверджений результатами аудіометрії або тестів з визначення звукового порогу (sound-threshold tests), та засвідчений висновком лікаря-оторіноларинголога (ЛОР-лікаря). Термін «повна» означає втрату щонайменше 80 децибел.

8) Енцефаліт – тяжке запалення речовини головного мозку (півкулі головного мозку, мозкового стовбуру або мозочку), викликане бактеріальною або вірусною інфекцією, що призводить до постійного неврологічного дефіциту. Діагноз має бути засвідчений висновком лікаря-невролога, результатами спеціальних досліджень (наприклад, аналіз крові та цереброспінальної рідини, 44 комп'ютерною 44 томографією або магнітно-резонансною томографією головного мозку), а постійний неврологічний дефіцит має бути задокументований протягом якнайменше 3(трьох) місяців.

Захворювання повинне мати наслідком стійку нездатність самостійно виконувати три або більше елементарні побутові дії. Результатом захворювання також може бути стан повної прикутості до ліжка та нездатність підійнятися з нього без сторонньої допомоги.

З – під покриття виключається: енцефаліт, викликаний ВІЛ-інфекцією.

9) Бактеріальний менінгіт – бактеріальна інфекція, що призводить до тяжкого запалення оболонки головного або спинного мозку, результатом якого є виражений незворотний та постійний неврологічний дефіцит, що триває не менше, ніж 6 (шість) місяців, за умов наявності бактеріальної інфекції у спинномозковій рідині при любмальній пункції. Діагноз має бути підтверджений висновком лікаря-невролога, дослідженням крові та спинномозкової рідини, комп'ютерною томографією або магнітно-резонансною томографією головного мозку). Крім того, захворювання має виявлятися в постійній неможливості самостійно виконувати три або більше елементарних побутових дії. Результатом даного захворювання може також бути стан повної прикутості до ліжка і нездатність піднятися з ліжка самостійно без сторонньої допомоги. Описані вище умови повинні бути підтверджені медичними документами, щонайменше, протягом 3 (трьох) місяців.

З – під покриття виключається: бактеріальний менінгіт за наявності ВІЛ-інфекції.

10) Тяжка травма голови – травма голови внаслідок нещасного випадку, що супроводжується порушенням функції мозку та призводить до постійного неврологічного дефіциту, який триває не менше, ніж 6 (шести) тижнів від дати нещасного випадку. Діагноз має бути засвідчений висновком лікаря-невролога і підтверджений однозначними результатами магнітно-резонансної томографії, або комп'ютерної томографії, або іншими достовірними візуальними методами діагностики. Нещасний випадок повинен бути спричинений виключно та безпосередньо випадковими, насильницькими, зовнішніми і очевидними засобами та бути незалежним від всіх інших причин. Описані вище умови повинні бути підтверджені медичними документами, щонайменше, протягом 3 (трьох) місяців. Крім того, захворювання має виявлятися в постійній неможливості самостійно виконувати три або більше елементарних побутових дії. Результатом даного захворювання може також бути стан повної прикутості до ліжка і нездатність піднятися з ліжка самостійно

без сторонньої допомоги. Описані вище умови повинні бути підтверджені медичними документами, щонайменше, протягом (шести) місяців.

З – під покриття виключається: травма спинного мозку; ушкодження голови внаслідок будь-яких інших причин.

4.3. Після здійснення страхової виплати у зв'язку з настанням Дитячого критичного захворювання покриття на випадок Дитячого критичного захворювання та сплата страхових внесків за це додаткове страхування надалі припиняється.

4.4. Період очікування для даного покриття становить шість місяці, тобто протягом перших шести місяців дії страхового покриття прояви хвороб не фіксуються як страхові випадки і страхові виплати, пов'язані з Дитячим критичним захворюванням, не проводяться.

4.5. У випадку критичного захворювання виплати проводяться лише за умови, що Застрахована особа прожила як мінімум один місяць після настання у неї цього захворювання.

4.6. Мінімальний строк дії Договору додаткового страхування на випадок Дитячого критичного захворювання становить три роки. При цьому страхове покриття і сплата внесків за даним покриттям закінчується з досягненням Застрахованою особою вісімнадцятирічного віку, якщо інше не передбачене Договором страхування.

4.7. Дитяче критичне захворювання повинне бути офіційно підтверджене лікувально-профілактичним закладом, призначеним страховою Компанією. Діагноз Дитяче критичне захворювання повинно бути підкріплений клінічними, радіологічними, гістологічними та лабораторними висновками, що визнаються Страховиком.

4.8. Виплата у випадку критичного захворювання проводиться лише один раз при першому захворюванні. Надалі відповідальність Страховика за цим покриттям припиняється і сплата додаткових внесків Страхувальником не проводиться. Внески Страхувальника за дане покриття на наступні періоди при цьому не приймаються і не зараховуються.

4.9. Розмір страхового внеску визначається на базі нетто-тарифу з врахуванням результатів андеррайтингу.

4.10. Виплати за ризиком Дитяче критичне захворювання не проводяться, якщо відповідний страховий випадок був прямо або непрямо спричинений:

- а)** спробою самогубства або умисним заподіянням собі шкоди застрахованою особою;
- б)** зловживанням алкоголем, токсинами чи наркотиками;
- в)** Дитяче критичне захворювання за наявності ВІЛ-інфекції.

4.11. Страхова виплата не проводиться, якщо Дитяче критичне захворювання було вперше діагностовано до дати початку страхового покриття або під час очікувального періоду.

4.12. Внески за додатковим страхуванням на випадок Дитячого критичного захворювання не враховуються при визначенні розміру викупної суми за змішаним страхуванням життя.

4.13. Програма може застосовуватися в комплексі з іншими програмами.

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ НА ВИПАДОК РОЗЛАДУ ЗДОРОВ'Я ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ

1. Страховим випадком за даною програмою може бути:

1.1. Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку, але не менша 5 (П'яти) днів;

1.2. Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

1.3. Тілесні ушкодження Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку, згідно Таблиці виплат № 10 А,Б, В, Д.

2. На страхування за цією програмою приймаються особи, віком до 65 років (повних), які не є інвалідами I, II або III груп. При цьому страхове покриття і сплата внесків за ним закінчується з досягненням застрахованою особою віку 70 років (повних), якщо інше не передбачене Договором страхування. Не приймаються на страхування за цими програмами особи, що тривалий час потребують догляду або є психічнохворими. Припиняється покриття щодо застрахованих раніше осіб, якщо вони були визнані психічнохворими або стали потребувати догляду.

3. Страхові тарифи за цією програмою розраховані відповідно до Методики по розрахунку нетто-тарифів Додаток 2 до цих Правил.

4. Страхова сума за цією програмою може бути фіксованою або рівномірно зменшуваною.

5. Вигодонабувачем за цією програмою є Застрахована особа, якщо інше не передбачено умовами Договору.

6. Виплати за цією програмою не проводяться, якщо відповідний страховий випадок був прямо або непрямо спричинений:

6.1. нещасні випадки внаслідок спроби самогубства;

6.2. нещасні випадки внаслідок дій Застрахованої особи, здійснених в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння;

6.3. нещасні випадки, спричинені психічними розладами або втратою застрахованою особою свідомості, в т.ч. у випадку якщо вони відбуваються на ґрунті алкогольного сп'яніння або внаслідок паралічів, епілептичних нападів, інших судом, що охоплюють все тіло застрахованого;

6.4. нещасні випадки внаслідок керування транспортним засобом застрахованою особою у стані алкогольного або наркотичного оп'яніння чи без прав на керування транспортом даної категорії, а також внаслідок передачі управління подібній особі (в стані оп'яніння або без прав на керування);

6.5. отруєння внаслідок вживання алкоголю, його сурогатів, наркотичних чи токсичних речовин, медикаментів без призначення лікаря;

6.6. нещасні випадки внаслідок пілотування або використання застрахованою особою будь-яких літальних апаратів і пристроїв, якщо про можливість таких дій не було повідомлено Страховика та/або він не надав додаткового покриття із врахуванням таких ризиків;

6.7. нещасні випадки внаслідок занять Застрахованою особою небезпечними (екстремальними) видами спорту (альпінізмом, авіа-, авто-, мотоспортом, кінним, парашутним спортом, підводним плаванням, пірнанням, дельтапланеризмом, бойовими

єдиноборствами, стрільбою або іншими екстремальними видами спорту) та участі у відповідних спортивних змаганнях, якщо про такі заняття не було повідомлено Страховика та/або він не надав додаткового покриття із врахуванням таких ризиків;

6.8. нещасні випадки внаслідок вчинення Застрахованою особою кримінально караного діяння або внаслідок спроби здійснення нею такого діяння;

6.9. нещасні випадки внаслідок того, що Застрахована особа брала участь у військових діях на будь-якій стороні або в партизанських діях, заколотах, повстанні, внутрішніх заворушеннях на боці порушників правопорядку;

6.10. нещасні випадки, пов'язані з використанням ядерної енергії або опроміненням;

6.11. пошкодження здоров'я, спричинені терапевтичним або оперативним лікуванням;

6.12. інфекції, за винятком зараження Застрахованої особи внаслідок отримання тілесних пошкоджень при нещасному випадку;

6.13. отруєння внаслідок заковтування твердих і рідких речовин.

7. Страхова сума для наслідків нещасних випадків встановлюється за згодою сторін. Якщо страховий внесок не був сплачений у встановлений Договором страхування (свідоцтвом, полісом) строк, то страхове покриття від наслідків нещасних випадків припиняється з 00 годин наступного робочого дня.

8. Страхувальник зобов'язаний завчасно повідомляти Страховика про будь-які зміни у професії, захопленнях, місцезнаходженні, тощо Застрахованої особи, які підвищують ризик нещасного випадку, та погоджувати з Страховиком нові умови цього додаткового покриття. Якщо такі зміни вимагали підвищення розміру страхової премії і нещасний випадок настав після таких змін, а нових умов страхування із Страховиком не було погоджено або Страховик не прийняв на утримання змінений ризик, то Страховик має право зменшити розмір виплати пропорційно співвідношенню належної страхової премії до премії початково встановленої Договором або відмовити у виплаті.

9. Викупна сума за додатковим страхуванням від нещасних випадків не передбачена.

10. Розмір страхових виплат внаслідок нещасного випадку встановлюється відповідно:

10.1. Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку, але не менша 5 (П'яти) днів становлять 0,2 % за кожен день непрацездатності, але не більше 25 % від страхової суми за наслідками одного нещасного випадку протягом одного страхового року, якщо інше не встановлено Договором страхування;

10.2. Тілесні ушкодження Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку, згідно Таблиці виплат № 10 А, Б, В, Д виплата відбувається відповідно до таблиці виплат (Додаток 8, Таблиці 10 А, Б, В, Д), якщо інше не встановлено Договором страхування;

10.3. Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, виплата становить 100% від страхової суми (суми щоденної виплати), вказаної у Договорі, за кожен день госпіталізації. Термін, який покриває Страховик - не більше 30 днів у рік перебування на стаціонарному лікуванні в наслідок нещасного випадку (франшиза 3 дні), якщо інше не встановлено Договором страхування.

11. Програма може застосовуватися в комплексі з іншими програмами.

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ НА ВИПАДОК ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ.

1. Страховим випадком за даною Програмою може бути Хірургічне втручання з будь-якої причини протягом дії Договору страхування.

2. Величина страхової виплати залежить від виду хірургічного втручання та складає певний відсоток від страхової суми відповідно до Таблиць № 10- Е, № 10-Ж до цих Правил.

3. Не вважається страховим випадком за цією Програмою і страхова виплата не здійснюється:
а) у випадках, зазначених в п.п. 5.1. – 5.4. до цих Правил;

б) якщо причиною хірургічного втручання були будь-які стани, попередньо діагностовані у Застрахованої особи і про які вона знала, або з приводу яких вона отримувала медичні консультації або лікування за останні 3 роки до початку страхування (виключення діє протягом 24 (двадцяти чотирьох місяців) з початку дії цієї Програми);

в) якщо причиною хірургічного втручання було навмисне нанесення Застрахованою особою шкоди власному здоров'ю;

г) якщо хірургічне втручання відбувалося з косметичними цілями (окрім операцій з видалення наслідків нещасного випадку);

д) якщо причиною хірургічного втручання були планові медичні обстеження;

е) якщо причиною хірургічного втручання була контрацепція, стерилізація, дослідження дітородної функції, лікування імпотенції, аборти (окрім необхідних за медичними показаннями), а також операції, пов'язані з пологами, вагітністю та ускладненнями вагітності та пологів;

ж) якщо причиною хірургічного втручання було лікування вроджених аномалій та захворювань;

з) якщо причиною хірургічного втручання були нещасні випадки на виробництві або професійні захворювання;

и) якщо причиною хірургічного втручання було ожиріння;

і) якщо причиною хірургічного втручання була корекція зору, окрім випадків, коли її необхідність була викликана нещасним випадком, що входить до покриття;

к) якщо причиною хірургічного втручання була трансплантація органів, при якій Застрахована особа виступала у якості донора;

л) якщо причиною хірургічного втручання було видалення сторонніх предметів, що залишилися від хірургічних втручань до початку дії цієї Програми;

м) якщо причиною хірургічного втручання було проведення експериментального лікування, лікування персоналом, що не має належної лікарської кваліфікації, або родичами Застрахованої особи;

н) якщо причиною хірургічного втручання був неінвазивний рак in-situ або рак шкіри, окрім інвазивної злоякісної меланоми.

4. Якщо Застрахована особа зазнала декілька хірургічних втручань, розмір страхової виплати визначається шляхом підсумовування виплат за кожне з них, розрахованих на підставі відповідного відсотку від страхової суми залежно від характеру хірургічного втручання, але загальна страхова виплата не повинна перевищувати 100% страхової суми, встановленої для однієї Застрахованої особи.

5. Страхова сума для даної програми встановлюється за згодою сторін. Якщо страховий внесок не був сплачений у встановлений Договором страхування (свідоцтвом, полісом) строк, то страхове покриття від наслідків нещасних випадків припиняється з 00 годин наступного робочого дня.

6. Страхові тарифи за цією Програмою наведені у Додатку № 2 до цих Правил.

7. Програма може застосовуватися в комплексі з іншими програмами.

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ НА ВИПАДОК ВИНИКНЕННЯ ХВОРОБИ ТА ЗВЕРНЕННЯ ДО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ.

1. Страховим випадком за даною Програмою може бути виникнення хвороби та звернення Застрахованої особи до медичного закладу з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, нещасного випадку, або з профілактичною метою, якщо це передбачено програмою страхування, та отримання медичної допомоги та медичних послуг у межах та в обсязі програм страхування та лімітів страхування, підлягають особи віком до 65 років (повних), які не є інвалідами I, II або III груп. Страховим випадком є виникнення хвороби та звернення Застрахованої особи під час дії Договору страхування до медичного закладу, передбаченого Договором страхування.

При цьому страхове покриття і сплата страхових внесків за ним закінчується з досягненням застрахованою особою віку 70 років (повних), якщо інше не передбачене Договором страхування.

2. Застрахованими за цим покриттям не можуть бути особи, які на час укладення Договору є інвалідами I чи II групи, онкологічно хворими, хворими на тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи, хворими на СНІД або пов'язані зі СНІДом хвороби, а також особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірновенерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом, якщо інше не передбачено умовами Договору.

3. Страховим випадком, визначеним у п. 1 цього Розділу, не вважається та страхова виплата не здійснюється у випадках якщо:

3.1. Стан здоров'я Застрахованої особи або травма, що потребує надання медичної допомоги, виник (виникла) або медична допомога була отримана поза територією дії Договору та/або після закінчення строку дії Договору, за винятком тих обставин, коли страховий випадок, який потребує стаціонарного лікування, настав ще в строк дії Договору. В такому випадку Страховик відшкодовує витрати, які виникають як в строк, так і після закінчення строку дії Договору до моменту виписки Застрахованої особи зі стаціонару.

3.2. Надана медична допомога не передбачена умовами Договору і Програмою страхування.

3.3. Медична допомога надана медичним закладом, що не передбачений умовами Договору, або не узгоджена із Страховиком відповідно до умов Договору.

3.4. Стан здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання медичної допомоги, або отримана нею травма є наслідком замаху Застрахованої особи на самогубство, навмисного нанесення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень (членоушкодження), встановлених у відповідному порядку, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб.

3.5. Стан здоров'я Застрахованої особи або травма, що стали наслідками некваліфікованого самолікування, надання медичної допомоги юридичною або фізичною особою, що не має відповідної ліцензії (акредитації) або освіти.

3.6. Якщо Застрахованій особі було відомо до укладення Договору про існування стану здоров'я, що потребує надання медичної допомоги, але про який вона не повідомила Страховика чи його уповноважених осіб.

4. Не є страховим випадком звернення Застрахованої особи з приводу надання та оплати медичної допомоги, якщо стан здоров'я Застрахованої особи або отримана нею травма є наслідками: впливу ядерної енергії в будь-якій формі; військових дій, військових маневрів та інших військових заходів; громадянської війни, народних хвилювань, страйків, революції, повстань, заколотів; стихійних лих.

5. Страховик не здійснює страхову виплату у разі надання медичної допомоги Застрахованій особі з приводу:

5.1. інфекційних захворювань, що передаються статевим шляхом: сифіліс, гонококова інфекція, хламідійна інфекція, шанкроїд, пахова гранульома, трихомоніаз, гарднерельоз,

уреаплазма, мікоплазма, аногенітальні вірусні герпеси, цитомегаловірусні інфекції, вагінальний кандидоз, бактеріальний вагіноз, лептотрихіоз, уретрити, простатити даної етіології, невизначені хвороби, які також передаються статевим шляхом), а також ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД, незалежно від строків виявлення;

5.2. захворювань, що мають характер епідемій, в тому числі особливо небезпечних інфекцій, при введенні комплексу карантинних заходів (за винятком ГРВІ та грипу);

5.3. діагностики та лікування неспецифічних бактеріологічних та грибкових захворювань статевих органів (кольпіт, вульвовагініт, вагіноз, уретрит, уретропростатит тощо), крім випадків вперше виявленого захворювання протягом строку дії Договору, коли оплачується перший курс лікування;

5.4. грибкових захворювань шкіри та внутрішніх органів, псоріазу, дифузного випадіння волосся;

5.5. вірусних гепатитів (крім гепатиту А), хронічного гепатиту та цирозу печінки;

5.6. захворювання, що викликані вірусом папіломи людини, а також вакцинація від ВПЛ, крім онкогенних штамів;

5.7. алкоголізму, наркоманії, токсикоманії незалежно від термінів виявлення та будь-яких їх наслідків;

5.8. патологічних станів Застрахованої особи або отриманих нею травм, що є наслідками алкогольного, токсичного, наркотичного сп'яніння, вживання медичних препаратів з метою або у стані сп'яніння, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

5.9. епілепсії;

5.10. психічних захворювань, порушень мови, консультації психолога, психотерапевта, психоаналітика та призначення психотропних засобів.

5.11. Злоякісних онкологічних захворювань, в тому числі кровотворної та лімфатичної тканин, крім випадків вперше виявленого захворювання протягом строку дії Договору, коли оплачується перший курс лікування, включаючи оперативне втручання.

5.12. Системних захворювань сполучної тканини згідно класифікації хвороб, затвердженої на Україні (системний червоний вовчак, ревматоїдний артрит, поліміозит, склеродермія).

5.13. ендокринної патології: цукрового діабету (інсулінозалежного), крім випадків вперше встановленого цукрового діабету, коли оплачується діагностика, лікування протягом 30 днів та медична допомога при невідкладних станах, якщо інше не зазначено Програмою страхування, аліментарно-конституціонального ожиріння;

5.14. природжених аномалій та вад розвитку, спадкових та генетичних захворювань;

5.15. оперативного втручання, пов'язаного з пересадкою органів (крім випадків пересадки тканин, як етапу оперативного лікування травм, опіків та інших захворювань, пов'язаних з хірургічним втручанням);

5.16. штучного переривання вагітності (крім переривання вагітності за медичними показами), пологами, в тому числі, операцією кесарева розтину;

5.17. ведення вагітності, якщо це не передбачено Програмою страхування, лікування безпліддя, штучного запліднення; запобігання вагітності, стерилізації (застосування як хірургічних так і фармацевтичних засобів); діагностики порушення статевих функцій (гідросальпінгографія, репродуктивна панель, лапароскопічне обстеження), діагностики порушень менструального циклу (первинна аменорея, первинна та вторинна олігоменорея, гіпоменорея, клімакс); лікування фіброміом агоністами гонадотропних релізінг-гормонів; ВМС з лівоноргастрелом ("Мірена");

5.18. хронічних захворювань в термінальній стадії;

5.19. захворювань чи наслідків травм, по яких встановлено групу інвалідності, крім випадків, коли це захворювання або травматичне пошкодження виникло та група встановлена протягом строку дії Договору, за винятком надання медичної допомоги при невідкладних станах.

6. Не визнається страховим випадком звернення Застрахованої особи до Страховика з приводу страхової виплати за:

6.1. протезування (крім планового протезування зубів, якщо це покривається згідно з Програмою страхування та корегування (окуляри, контактні лінзи, слухові апарати та ін.), імплантації (вживляння імплантанту та протезування на імплантант);

6.2. витрати на медикаменти, не призначені лікарем, а також ліки, придбані поза аптечною мережею України або не зареєстровані МОЗ України;

6.3. витрати на косметичні процедури і операції (крім випадків, коли такі операції є етапом оперативного лікування наслідків травм, опіків, тощо, які сталися в період дії даного Договору), процедури, пов'язані з корекцією зору, корекцією фігури та дефектами шкіри;

6.4. придбання засобів гігієни та косметики, забезпечення дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами;

6.5. придбання загальнозміцнювальних препаратів крім вітамінів, якщо це зазначено Програмою страхування;

6.6. проведення курсу лікування на бальнеологічних і лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку чи подібних закладах;

6.7. медичне обладнання, медичний інструментарій (крім шприців та крапельниць, а також одноразових хірургічних інструментів, матеріалів та пристосувань, що необхідні для проведення хірургічного втручання), засоби догляду, косметичні засоби;

6.8. амбулаторне медикаментозне лікування, строк якого по одному страховому випадку перевищує 60 днів; профілактичне та реабілітаційне лікування (крім лікувального масажу, згідно встановленого ліміту, що зазначений у Програмі страхування);

6.9. ортодонтичне лікування, в тому числі, брекет-системами, трейнери, капи тощо;

6.10. лікування нетрадиційними методами, в тому числі гомеопатичними препаратами, якщо інше не зазначено у Програмі страхування, БАДами, гіпнозом, психотерапією тощо;

6.11. Послуги індивідуальної медичної сестри та молодшої медичної сестри по догляду за хворим в стаціонарних чи в домашніх умовах;

6.12. Транспортування хворого в лікувальні заклади (винятки складають транспортування хворого в порядку невідкладної допомоги або стаціонарного хворого за медичними показами для діагностичного дослідження або переведення в інші медичні заклади).

7. Програма може застосовуватися в комплексі з іншими програмами.