

Страхування для
Вашого захисту.



ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ

ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування ЖИТТЯ»

2022

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1	ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	5
1.1	Визначення основних понять.	5
1.2	Укладення договору страхування.	5
1.3	Строк та місце дії договору страхування.	5
1.4	Зміна адреси Страхувальника.	6
1.5	Порядок і умови здійснення страхових виплат. Строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхових виплат.	6
1.6	Права та обов'язки сторін Договору страхування. Відповідальність сторін за невиконання умов Договору.	6
1.7	Участь третіх осіб у Договорі страхування.	7
1.8	Страхова премія.	7
1.9	Початок і кінець дії страхового покриття.	9
1.10	Порядок внесення змін до Договору страхування.	9
1.11	Право на одержання страхових виплат.	9
1.12	Втрата полісу.	9
1.13	Припинення дії Договору страхування.	9
1.14	У разі дострокового припинення дії Договору страхування	10
РОЗДІЛ 2	УМОВИ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ (Головне страхування)	10
2.1	Страхові ризики та страхові випадки. Порядок визначення розмірів страхових сум та страхових виплат.	10
2.2	Зменшення розміру страхової суми. Виплата викупної суми.	11
2.3	Дії Страхувальника (Вигодонабувача) в разі настання страхового випадку. Документи, що підтверджують настання страхового випадку.	11
2.4	Причини відмови у страховій виплаті.	12
2.5	Страхова виплата у формі анuitету.	12
2.6	Участь у резервах бонусів.	12
2.7	Невірні дані про вік Застрахованої особи.	12
2.8	Особливі умови страхування життя на випадки смерті та дожиття або діагностування певних важких хвороб.	12
РОЗДІЛ 3	УМОВИ ДОДАТКОВОГО СТРАХУВАННЯ РИЗИКУ СМЕРТІ (Додаткове страхування)	18
3.1	Страховий випадок.	18
3.2	Ліміт Страхової суми.	18
3.3	Закінчення Страхового покриття.	18
3.4	Права Страхувальника щодо дострокового припинення дії Додаткового страхування ризику смерті.	18
3.5	Участь у резервах бонусів.	18
3.6	Дія положень розділів 1 і 2 Правил.	18
РОЗДІЛ 4	ЗАГАЛЬНІ УМОВИ ДОДАТКОВОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (Додаткове страхування)	18
4.1	Страховий ризик.	18
4.2	Поняття нещасного випадку.	18
4.3	Обмеження, щодо осіб, які підлягають додатковому страхуванню на випадок нещасного випадку.	18
4.4	Нещасні випадки, на які не поширюється дія Договору страхування; виключення із страхових випадків.	19
4.5	Суттєві обмеження дії страхового покриття.	19
4.6	Тривала інвалідність внаслідок нещасного випадку як страховий випадок.	19
4.7	Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку як страховий випадок.	20
4.8	Дії при розбіжностях думок (медична експертна комісія).	20
4.9	Припинення дії Додаткового страхування.	20
4.10	Зміна професійної діяльності чи роду занять Застрахованої особи.	20
4.11	Дії Страхувальника (Вигодонабувача) в разі настання страхового випадку.	21
4.12	Додаткові підстави відмови у страховій виплаті.	21

РОЗДІЛ 5	УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК СМЕРТІ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (Додаткове страхування)	21
5.1	Страховий випадок. Страхова виплата. Страхове покриття.	21
5.2	Дія положень розділу 4 Правил.	21
5.3	Дія положень розділів 1 і 2 Правил.	22
РОЗДІЛ 6	УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ТРИВАЛОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (Додаткове страхування)	22
6.1	Страхова виплата. Страховий випадок. Страхове покриття.	22
6.2	Дія положень розділу 4 Правил.	22
6.3	Дія положень розділів 1 і 2 Правил.	22
РОЗДІЛ 7	УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ У СТАЦІОНАР ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ АБО ХВОРОБИ (Додаткове страхування)	22
7.1	Страховий випадок та Страхове покриття.	22
7.2	Виключення зі Страхових випадків. Період очікування.	23
7.3	Обмеження щодо осіб, які підлягають страхуванню.	25
7.4	Розмір Страхової виплати при настанні Страхового випадку.	25
7.5	Дія положень розділів 1 і 2 Правил.	25
РОЗДІЛ 8	УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ОПЕРАЦІЇ ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ АБО ХВОРОБИ (Додаткове страхування)	25
8.1	Страховий випадок та Страхове покриття.	25
8.2	Виключення із Страхових випадків. Період очікування.	25
8.3	Обмеження щодо осіб, які підлягають страхуванню.	27
8.4	Розмір Страхової виплати при настанні Страхового випадку.	27
8.5	Дія положень розділів 1 і 2 Правил.	28
РОЗДІЛ 9	УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ДІАГНОСТУВАННЯ ОДНІЄЇ З ТРЬОХ ВАЖКИХ ХВОРОБ (Додаткове страхування)	28
9.1	Страховий випадок.	28
9.2	Страхове покриття. Період очікування.	29
9.3	Страхова виплата.	29
9.4	Обмеження щодо осіб, які підлягають страхуванню.	29
РОЗДІЛ 10	СТРАХУВАННЯ ГРУПИ ОСІБ	30
10.1	Страхування групи осіб.	30
РОЗДІЛ 11	ОСОБЛИВІ УМОВИ. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ	30
11.1	Угода про середній валютний курс.	30
11.2	Індексація страхової суми та страхової премії.	30
11.3	Кредит під заставу викупної суми.	30
11.4	Угода про платежі.	30
11.5	Порядок вирішення спорів.	30
	ПЕРЕЛІК ТАРИФІВ СТРАХУВАННЯ	31
А)	Тарифи Головного страхування.	31
Б)	Тарифи Додаткового страхування.	33
В)	Тарифи Пенсійного опціону.	34

РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Визначення основних понять

1.1.1. **Страховик** - Приватне акціонерне товариство "ГРАВЕ УКРАЇНА Страховання життя".

1.1.2. **Страховальники** – юридичні особи та дієздатні фізичні особи, які уклали із страховиками договори страхування або є страховальниками відповідно до законодавства України.

1.1.3. **Вигодонабувач(і)** – фізична особа/особи та/або юридична особа/особи, які призначені Страховальником, за згодою застрахованої особи, для отримання страхової виплати при настанні страхового випадку.

1.1.4. **Викупна сума** – сума, яка виплачується Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору страхування життя та розраховується математично на день припинення дії Договору страхування життя залежно від періоду, протягом якого діяв договір страхування життя.

1.1.5. **Договір страхування життя** - письмова угода між Страховальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату страховальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування страховальником, на користь якої укладено договір страхування, а страховальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені договором страхування строки та виконувати інші умови Договору страхування (надалі - Договір страхування).

1.1.6. **Застрахована особа** – фізична особа, життя та/або здоров'я, та/або працездатність якої застраховано за її згодою, щодо якої укладено Договір страхування, та яка може набувати прав і обов'язків Страховальника згідно з Договором страхування. Обмеження щодо віку Застрахованої особи визначені для кожних окремих Тарифів у Додатку № 1 до цих Правил.

1.1.7. **Заява на страхування** – документ, що містить пропозицію Страховальника до Страховика укласти Договір страхування, складений за формою, встановлену Страховиком.

1.1.8. **Накопичувальне страхування життя** - вид страхування життя, який передбачає ризик дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору страхування або досягнення Застрахованою особою визначеного Договором страхування віку.

1.1.9. **Предмет Договору страхування** - майнові інтереси, які не суперечать закону та пов'язані із життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням Застрахованої особи.

1.1.10. **Програма страхування** – Тариф/комбінація Тарифів, визначена Договором страхування. Комбінація Тарифів складається з одного Головного Тарифу страхування та одного/декількох Додаткових Тарифів страхування, які відповідають Правилам страхування та Додатку №1 до Правил страхування.

1.1.11. **Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні Страхового випадку. Страхова виплата, за кожною із подій, передбаченою договором страхування життя здійснюється в розмірі страхової суми (її частини) та/або у вигляді регулярних, послідовних виплат обумовлених у договорі страхування сум (ануїтету).

1.1.12. **Страховий випадок** - подія, передбачена Договором страхування або законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) страховальнику, застрахованій або іншій третій особі.

1.1.13. **Страховий платіж** (страховий внесок, страхова премія) - плата за страхування, яку Страховальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

1.1.14. **Страхове покриття** – захист, що надає Страховик Страховальнику протягом строку дії Договору страхування, та який має вияв в зобов'язанні Страховика здійснити, в разі настання Страхового випадку, виплату Страхової суми за умовами, викладеними в Договорі страхування. Весь термін Страхового покриття поділяється на декілька страхових періодів. Кожний страховий період дорівнює одному року, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

1.1.15. **Страховий ризик** - певна подія, на випадок якої проводиться страхування та яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

1.1.16. **Страхова сума** - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

1.1.17. **Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

1.1.18. **Тариф** – спеціальні умови страхування в рамках Правил страхування з визначеними страховими ризиками, переліком страхових випадків, страховими тарифами та особливостями страхування.

1.1.19. **Період очікування** – строк від початку дії Договору страхування або дати його поновлення, у випадках, передбачених цими Правилами, протягом якого Страховик звільняється від обов'язку здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку. У разі внесення змін до Договору страхування в частині збільшення розміру Страхової суми, період очікування заново починає свій відлік від дати, з якої вступають в силу умови Договору страхування щодо збільшення Страхової суми та в частині різниці між новим та попереднім розміром Страхової суми..

1.2. Укладення Договору страхування.

1.2.1. Для укладання Договору страхування Страховальник подає Страховику письмову Заяву на страхування за формою, встановленою Страховиком, яка є пропозицією Страховальника укласти Договір страхування. Заява на страхування складається мінімум у двох примірниках. Перед підписанням Заяви на страхування Страховальник зобов'язаний ознайомитися з Правилами страхування та надати інформацію Страховику про всі обставини, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику, та яка вимагається у Заяві на страхування.

1.2.1.1. Неповна, неточна, нерозбірлива Заява на страхування не буде вважатися пропозицією укласти Договір страхування та буде повернена заявнику для дозаповнення. У зв'язку з оцінкою страхового ризику, обмеженням, або з помилками Страховальника, між Страховиком та Страховальником може бути досягнуто згоди щодо внесення змін до складеної Страховальником Заяви на страхування. Досягнення згоди відбувається шляхом листування між Страховиком та Страховальником. При цьому письмова згода Страховальника на внесення змін вважається невід'ємною частиною Заяви на страхування.

1.2.1.2. Страховик може вимагати доповнень та роз'яснень до Заяви, у тому числі результатів лікарських обстежень або проведення лікарського обстеження Застрахованої особи. У цьому випадку тільки після того, як Страховик отримав запитувані доповнення та роз'яснення, вважається, що він одержав пропозицію на укладення Договору страхування.

1.2.2. Після одержання Заяви Страховальника із пропозицією укласти Договір страхування, підписаної Страховальником та Застрахованою особою, якщо це різні особи, разом із документами, які можуть вимагатися Страховиком для з'ясування можливості страхування, зокрема, про стан здоров'я Застрахованої особи, Страховик приймає рішення щодо укладення Договору страхування.

1.2.3. Якщо Страховик приймає рішення укласти Договір страхування, він надсилає Страховальнику страховий поліс, який відповідає Заяві на страхування (в тому числі додатковим узгодженням до такої Заяви, у разі їх наявності, що передбачено п. 1.2.1.1. цих Правил). Заява на страхування, страховий поліс та Правила страхування є формою Договору страхування і в подальшому будуть називатися Договором страхування.

1.2.4. Не підлягають страхуванню особи, які визнані судом недієздатними, повністю непрацездатні, особи які страждають тяжкими захворюваннями нервової системи (в тому числі, але не виключно, хвороба Паркінсона, демієлінізуючі хвороби, хвороба Альцгеймера, ДЦП важкого ступеня з вираженим порушенням розумової діяльності), а також божевільні. Повна непрацездатність визначається тоді, коли від Застрахованої особи внаслідок хвороби чи неповноцінності за висновками лікарів неможливо вимагати виконання якоїсь трудової діяльності, і коли вона дійсно ніякою діяльністю не займається.

1.2.5. Страховик має право відмовити Страховальнику в укладанні Договору страхування. В тому числі, але не виключно, Страховик має право відмовити Страховальнику в укладанні Договору страхування в випадку наявності у Застрахованої особи вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень, СНІДу або ВІЛ-інфекції, злоякісних пухлин (IV ст. з метастазами), хронічних захворювань з важким перебігом.

1.3. Строк та місце дії Договору страхування.

1.3.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою сторін.

1.3.2. Місцем дії Договору страхування є території будь-яких країн світу, якщо інше не обумовлене умовами Договору страхування.

1.4. Зміна адреси Страхувальника.

1.4.1. Страхувальник зобов'язаний повідомляти Страховика про кожну зміну своєї адреси проживання (для фізичних осіб) або місця знаходження (для юридичних осіб) протягом 15 календарних днів з моменту відповідної зміни, з метою надання можливості Страховику у будь-який час зв'язатись із Страхувальником, у випадку необхідності надсилання будь-якої важливої інформації з приводу Договору страхування. Повідомлення викладається у письмовій довільній формі та надсилається на адресу Страховика.

1.4.2. У випадку зміни Страхувальником своєї адреси проживання (для фізичних осіб) або місця знаходження (для юридичних осіб) без подальшого повідомлення Страховика, Страхувальник буде вважатись таким, що був повідомлений належним чином Страховиком щодо будь-якої важливої інформації з приводу Договору страхування, якщо Страховиком було надіслано листа на останню відому йому адресу Страхувальника.

1.4.3. У випадку зміни Страхувальником країни місця свого проживання, він зобов'язаний повідомити Страховика про особу, належним чином уповноважену ним на отримання його кореспонденції на території України. У випадку невиконання цієї умови, застосовуються положення п. 1.4.2. цих Правил.

1.5. Порядок і умови здійснення Страхових виплат. Строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні Страхових виплат.

1.5.1. Здійснення Страхових виплат проводиться Страховиком у порядку, передбаченому законодавством України.

1.5.2. Рішення про здійснення Страхової виплати або про відмову у здійсненні Страхової виплати приймається Страховиком протягом п'ятнадцяти робочих днів після отримання від Вигодонабувача/ів відповідної заяви, всіх документів, в тому числі, але не виключно, документів, необхідних для встановлення факту настання Страхового випадку, документів щодо розслідування Страхового випадку, документів, необхідних для визначення обставин настання Страхового випадку і розміру проведення виплати та завершення розслідування Страхового випадку.

1.5.3. Рішення про здійснення Страхової виплати оформлюється Страховиком у формі Страхового Акту. Рішення про відмову у здійсненні Страхової виплати оформлюється Страховиком у формі листа-повідомлення.

1.5.4. Страхова виплата здійснюється протягом п'ятнадцяти робочих днів з моменту отримання Страховиком підписаного Вигодонабувачем Страхового Акту, в якому Вигодонабувач вказує свої банківські реквізити для перерахування йому Страхової виплати. Страхова виплата здійснюється виключно шляхом переказу коштів у безготівковому вигляді на рахунок Вигодонабувача, відкритий у банківській установі. Днем здійснення виплати вважається день списання коштів з розрахункового рахунку Страховика.

За страховим випадком діагностування певної важкої хвороби, у випадках, передбачених п. 2.8. цих Правил, за заявою Вигодонабувача Страхова виплата може бути здійснена на рахунок медичного закладу, який надає відповідну медичну допомогу Застрахованій особі. При цьому, у випадку якщо медичні послуги, що мають бути надані Застрахованій особі та наявність яких є обов'язковою умовою для здійснення Страхової виплати, надані не були, то така Страхова виплата має бути повернута Страховику. Страхова виплата може бути здійснена на рахунок медичного закладу, який надає відповідну медичну допомогу, виключно у випадку наявності договірних відносин між Страховиком та медичним закладом.

1.5.5. Страховик повідомляє Вигодонабувача про відмову у здійсненні Страхової виплати із обґрунтуванням причин відмови протягом десяти робочих днів з дня прийняття рішення про відмову у здійсненні Страхової виплати.

1.5.6. У Договорі страхування відповідно до пункту 1.11 цих Правил повинна бути визначена особа, яка має отримати Страхову виплату (Вигодонабувач). Ні за яких умов Страхова виплата не здійснюватиметься до тих пір, поки право Вигодонабувача на отримання Страхової виплати є спірним згідно чинного законодавства. Зокрема це стосується рішень суду щодо успадкування майна.

1.5.7. У разі виникнення сумнівів щодо права Вигодонабувача на отримання Страхової виплати, Страховик має право відстрочити термін прийняття рішення про здійснення виплати до того часу, поки Вигодонабувачем не будуть надані відповідні документи, що підтверджують його право на отримання Страхової виплати. У випадку, якщо було порушене провадження у справі про адміністративне правопорушення або було порушено кримінальну справу чи проводиться розслідування події органами дізнання або досудового слідства з приводу Страхового випадку відносно Страхувальника та/або Застрахованої особи та/або Вигодонабувача, Страховик має право відстрочити термін прийняття рішення про здійснення Страхової виплати або про відмову у здійсненні Страхової виплати до закінчення відповідного провадження/розслідування у порядку, передбаченому законодавством України.

1.5.8. За затримку сплати Страхової виплати з вини Страховика, останній сплачує на користь Вигодонабувача/ів пеню за кожен день затримки, розраховану виходячи із ставки інвестиційного доходу, яка застосовувалась Страховиком в період затримки до валюти договору, в якій він укладений та згідно якого здійснюється Страхова виплата.

1.6. Права та обов'язки сторін Договору Страхування. Відповідальність Сторін за невиконання умов Договору.

1.6.1. Страховик зобов'язаний:

1.6.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами Страхування;

1.6.1.2. протягом строку, встановленого законодавством, як тільки стане відомо про настання Страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення Страхової виплати;

1.6.1.3. при настанні Страхового випадку здійснити Страхову виплату у строк, передбачений п. 1.5.4. цих Правил. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Вигодонабувачу пені, розмір якої розраховується у порядку, передбаченому п. 1.5.8. цих Правил;

1.6.1.4. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

1.6.2. Страхувальник зобов'язаний:

1.6.2.1. своєчасно вносити Страхові платежі;

1.6.2.2. повідомити Страховика про настання Страхового випадку в строк, передбачений п.п. 2.3, 4.11 цих Правил.

1.6.2.3. в Заяві на страхування повідомити Страховика про всі відомі йому обставини, які мають значення для прийняття Страховиком рішення про страхування відповідного ризику, Важливими є ті обставини, які можуть мати вплив на рішення Страховика щодо укладення Договору страхування взагалі або щодо укладення Договору страхування на узгоджених умовах. Важливою вважається обставина, про яку Страховик спеціально запитує у письмовій формі.

1.6.2.3.1. Якщо всупереч положенню пункту (1.6.2.3) цих Правил про певну важливу обставину, яка має значення для прийняття Страховиком рішення про страхування відповідного ризику, не було повідомлено або було повідомлено невірно, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової виплати на користь Вигодонабувача у разі настання Страхового випадку. Це стосується також випадку, коли Страхувальник не повідомив про важливу обставину через те, що він навмисно ухилився від отримання інформації щодо цієї обставини.

1.6.2.3.2. Страховик не має права відмовити у здійсненні Страхової виплати на користь Вигодонабувача у разі настання Страхового випадку, якщо Страховику була відома обставина, про яку не було повідомлено Страхувальником, окрім випадків, передбачених цими Правилами.

1.6.2.3.3. Вигодонабувачу Страховиком мають бути надані роз'яснення щодо відмови від здійснення Страхової виплати. Якщо Страховику стало відомо про зазначені вище обставини після того, як настав Страховий випадок і на момент встановлення цих обставин Страховиком вже було здійснено Страхову виплату на користь Вигодонабувача, то такі Страхові виплати, які вже було отримано, мають бути повернуті Страховику.

1.6.2.3.4. Якщо при укладенні Договору страхування Страхувальник не повідомив Страховика, у порядку вказаному вище, про обставини, що

стосуються стану здоров'я Застрахованої особи, то зобов'язання Страховика щодо Страхової виплати залишаються в силі, якщо Вигодонабувач доведе, що обставина, через яку було порушено обов'язок про повідомлення даних, не мала впливу на настання Страхового випадку або на розмір Страхової виплати, яку зобов'язаний виплатити Страховик, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

1.6.2.3.5. Якщо через порушення обов'язку про повідомлення даних під час укладення Договору страхування Страхувальником, Страховиком було відмовлено у здійсненні Страхової виплати Вигодонабувачу, Страховику належать премії, сплачені за період, що минув. Якщо на час відмови у здійсненні Страхової виплати на користь Вигодонабувача вже існує Викупна сума, вона має бути виплачена Вигодонабувачу.

1.6.2.4. ознайомитись із Правилами страхування до подання Заяви на страхування;

1.6.2.5. при зверненні за Страховою виплатою надати Страховику відповідну заяву на виплату, за встановленою Страховиком формою, а також всі документи, запитувані Страховиком щодо Страхового випадку;

1.6.2.6. повідомити Страховика про інші діючі договори страхування життя Застрахованої особи.

1.6.3. Страховик має право:

1.6.3.1. перевіряти інформацію, яку подає Страхувальник, Застрахована особа, Вигодонабувач;

1.6.3.2. встановлювати обмеження відносно території дії Страхового покриття за Договором страхування, причин та обставин настання Страхових випадків, віку Застрахованої особи, строку страхування тощо у зв'язку з підвищеним ступенем страхового ризику.

1.6.4. Страхувальник має право:

1.6.4.1. призначати і змінювати Вигодонабувача до моменту настання страхового випадку;

1.6.4.2. достроково припинити дію Договору страхування;

1.6.4.3. отримати Страхову виплату при настанні Страхового випадку.

1.6.4.4. відмовитись від Договору страхування протягом 14 календарних днів з дати отримання страхового полісу. З метою відмови від Договору страхування Страхувальник, в межах строків, вказаних цим пунктом, надає на адресу Страховика відповідну заяву про відмову від Договору страхування. Датою подання заяви вважається дата її надходження на адресу Страховика. За фактом розгляду заяви Страхувальника Страховик повідомляє останнього про факт її задоволення. У разі припинення Договору страхування у зв'язку із відмовою Страхувальника від Договору страхування Страховик повертає Страхувальнику страхову премію, сплачену останнім за відповідним договором (за вирахуванням витрат Страховика, пов'язаних із укладанням Договору страхування), протягом 30 календарних днів з дати отримання від Страхувальника заяви про відмову від Договору страхування.

1.6.5. Інші права та обов'язки Страхувальника та Страховика визначені, умовами Договору страхування, цими Правилами та діючим законодавством України.

1.7. Участь третіх осіб у Договорі страхування.

1.7.1. Якщо Страхувальником укладається Договір страхування життя щодо іншої особи, то для чинності Договору страхування необхідна письмова згода цієї Застрахованої особи.

1.7.2. Якщо укладається Договір страхування за яким Застрахованою особою виступає дитина віком до 18 років, то Страхувальниками за таким Договором страхування можуть бути батьки такої дитини або її законні опікуни/піклувальники. Інші особи також мають право укласти Договір страхування, за яким Застрахованою особою виступає дитина віком до 18 років, якщо батьки або законні опікуни/піклувальники дитини дали на це письмову згоду.

1.7.3. Якщо Договір страхування укладається за участю Агента/Брокера Страховика, то при реалізації права Страховика на припинення дії Договору страхування та звільненні від обов'язку здійснення Страхової виплати береться до уваги не тільки обізнаність та шахрайський намір Агента/Брокера Страховика, але також обізнаність та шахрайський намір Страхувальника.

1.7.4. Права і обов'язки Страхувальника можуть перейти до іншої особи лише за згодою Страховика, якщо інше не передбачено Договором страхування. У разі смерті Страхувальника-фізичної особи, який уклав Договір страхування щодо страхування життя третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язки щодо охорони законних прав і інтересів цих третіх осіб. Якщо під час дії Договору страхування Страхувальник - юридична особа припиняється і встановлюються його правонаступники, права та обов'язки Страхувальника згідно з Договором страхування переходять до його правонаступника.

1.7.5. Зміна Страхувальника за Договором страхування можлива за умови подання діючим Страхувальником за договором на адресу Страховика відповідної заяви, складеної за формою, встановленою Страховиком. Заява має бути підписана діючим Страхувальником та особою, яка має намір набути статусу Страхувальника за договором. Заява також має бути підписана Застрахованою особою (у випадку якщо ця особа не є особою, яка має намір набути статусу Страхувальника за договором). Зміна Страхувальника за Договором страхування можлива лише за наявності у Страховика оригіналу заяви, передбаченої даним пунктом. До заяви додаються документи, що станом на момент подання заяви визначені Страховиком як необхідні для укладання Договору страхування. За фактом розгляду заяви про зміну Страхувальника за Договором страхування та доданих до неї документів, Страховиком може бути прийняте рішення щодо зміни страхувальника за договором. У випадку погодження Страховика на зміну Страхувальника за Договором, Страховик надає особі, яка набула статусу страхувальника за Договором страхування, додаток до договору страхування із відображенням відповідних змін. Обмін документами здійснюється сторонами в порядку, передбаченому цими Правилами.

1.7.6. Зміна Страховика за Договором страхування здійснюється в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

1.8. Страхова премія.

1.8.1. Розмір Страхової премії визначається виходячи з розміру Страхової суми в залежності від віку Застрахованої особи відповідно до Страхових тарифів згідно Додатку № 1, який є невід'ємною частиною цих Правил, та у відповідності до п. 8.1 цих Правил. Вік Застрахованої особи визначається одержанням різниці між календарним роком початку Страхового покриття та роком народження Застрахованої особи. Розмір першої премії більший за розмір чергових премій та визначається згідно Додатку № 1 до цих Правил та у відповідності до п. 8.1 цих Правил.

1.8.2. У разі підвищеного ризику можлива домовленість сторін про додаткову премію або особливі умови.

1.8.3. Страхова премія може бути одноразовою або щорічною. Страховик може погодитись на сплату Страхувальником річної премії розстроченими платежами, якщо це передбачено відповідним Тарифом, згідно Додатку № 1 до цих Правил. При цьому у Страхувальника виникає обов'язок здійснювати доплату за розстрочений платіж у розмірі, передбаченому відповідним Тарифом.

1.8.3.1. У разі наявності заборгованості Страхувальника перед Страховиком за сплатою чергової Страхової премії, в тому числі за розстроченими платежами за Договором страхування, в момент виникнення Страхового випадку, така заборгованість має бути погашена. У разі наявності такої заборгованості на момент прийняття рішення щодо здійснення Страхової виплати Страховиком (у випадках, коли така можливість є допустимою у відповідності із цими Правилами), останній має право утримати належну заборгованість із суми Страхової виплати самостійно.

1.8.4. За Договорами страхування, зобов'язання за якими виражені у доларах США, та оплата за якими також здійснюється в доларах США, Страхувальник, за погодженням із Страховиком, може здійснити сплату щорічної Страхової премії в порядку та у строки:

• передбачені п. 1.8.6. цих Правил, або

• одним платежем за погодженню між Страховиком та Страхувальником кількості наступних років дії Договору страхування, що слідує за першим роком дії такого Договору страхування, в порядку, встановленому Договором страхування та/або додатковою угодою до нього та у кількості Страхових премій, що не є більшою кількістю премій, які підлягають сплаті Страхувальником на користь Страховика у відповідності до умов Договору страхування протягом строку його дії (надалі – сплата Страхових Премій за Наступні Періоди). Протягом дії Договору страхування сплата Страхових Премій за Наступні Періоди може бути здійснена одноразово або декілька разів, при цьому підставою для таких оплат буде завжди та виключно угода Сторін, викладена у Договорі страхування та/або відповідній

додаткової угоді до нього. У випадку надходження на розрахунковий рахунок Страховика грошових коштів від Страхувальника в якості страхової премії/ї за наступні періоди дії Договору страхування без попереднього погодження зі Страховиком таких дій (що відображено у Договорі страхування та/або додаткової угоді до нього), такі грошові кошти не будуть вважатись сплатою Страхових Премій за Наступні Періоди в розумінні п. 1.8.4. цих Правил, та пункт 1.8.4. щодо таких коштів не підлягатиме застосуванню.

1.8.4.1. При сплаті Страхувальником Страхових Премій за Наступні Періоди:

- на Страхові Премії за Наступні Періоди Страховиком може бути нарахований інвестиційний дохід. Нарахування зазначеного інвестиційного доходу здійснюється Страховиком один раз на рік в порядку, визначеному Страховиком, в залежності від фактичного стану фінансового ринку та результатів діяльності Страховика на такому ринку протягом календарного періоду. Зазначена у Договорі страхування гарантована ставка інвестиційного доходу не нараховується на частку математичного резерву, сформованого від надходження Страхових Премій за Наступні Періоди, які не набули статусу щорічної страхової премії, сплаченої в порядку, передбаченому п. 1.8.6. цих Правил;

- Страхові Премії за Наступні Періоди можуть бути сплачені (у повному, обумовленому Сторонами, обсязі, або відповідними частинами) за період: починаючи з другого року дії Договору страхування (що слідує за завершенням першого року дії Договору страхування) та не більше ніж за період, що залишився до кінця строку дії Договору страхування. При цьому розмір страхових премій за наступні періоди дорівнює добутку розміру Страхової премії за Договором страхування на відповідну кількість Страхових премій, що підлягають оплаті до кінця строку дії Договору страхування;

- Страхові Премії за Наступні Періоди мають надійти на банківські реквізити Страховика безпосередньо від Страхувальника та/або особи, уповноваженої на вчинення безпосередньо таких дій у порядку, передбаченому чинним законодавством України;

- з настанням кожного наступного Страхового періоду Страхова премія, яка була сплачена в складі Страхових Премій за Наступні Періоди, автоматично набуває статусу щорічної Страхової премії, сплаченої за відповідним Договором страхування в порядку, передбаченому п. 1.8.6. цих Правил (у розмірі щорічної Страхової премії, що є чинним станом на момент набуття однієї із Страхових Премій за Наступні Періоди статусу щорічної Страхової премії, враховуючи всі чинні зміни та доповнення до Договору страхування, що могли мати місце з дати його укладання). Статус щорічної Страхової премії не може бути набуто премією, яка була сплачена в складі Страхових Премій за Наступні Періоди одним Страхувальником за Договором страхування, щодо будь-якого іншого Договору страхування, укладеного іншим Страхувальником.

- Страхові Премії за Наступні Періоди можуть бути за погодженням Сторін повернуті Страхувальнику у порядку, строки, у обсягах на та умовах, встановлених відповідною додатковою угодою до Договору страхування, при цьому:

- вперше не раніше, ніж через один повний календарний рік з дати повної оплати Страхових Премій за Наступні Періоди, сума яких була погоджена Сторонами;

- одна щорічна Страхова премія за наступний Страховий період не підлягає поверненню за будь-яких обставин.

1.8.4.2. У разі дострокового припинення дії Договору страхування невикористана в порядку, передбаченому п. 1.8.4.1. цих Правил, частина Страхових Премій за Наступні Періоди, підлягає поверненню Страховиком на користь Страхувальника одночасно із виплатою викупної суми, в порядку, передбаченому цими Правилами.

1.8.4.3. У разі настання Страхового випадку невикористана в порядку, передбаченому п. 1.8.4.1. цих Правил, частина Страхових Премій за Наступні Періоди, підлягає поверненню Страховиком на користь особи, визначеної відповідним Договором страхування та/або відповідній додатковій угоді до нього.

1.8.5. Перша річна премія або одноразова премія має бути сплачена Страхувальником протягом семи календарних днів, починаючи з дня, коли був доставлений страховий Поліс, але не пізніше дати початку дії страхового покриття, яка зазначена в страховому Полісі. Якщо перша або одноразова премія не сплачена вчасно, Договір страхування залишається в силі, але без страхового покриття, і в подальшому Страховик може розірвати Договір страхування в одноосібному порядку. В будь-якому випадку Договір страхування вважається таким, що втратив чинність, якщо Страховик не отримав першу або одноразову премію протягом трьох місяців після того, як вона мала бути сплачена. Якщо через несвоєчасну сплату першої або одноразової премії Договір страхування втратив чинність за ініціативою Страховика, він має право на одержання передбаченої тарифом суми (Додаток №1) для відшкодування витрат, пов'язаних з укладенням Договору страхування.

1.8.6. Відстрочити сплату Страхової премії можливо лише за наявності попередньої письмової домовленості із Страховиком та на умовах, узгоджених із Страховиком.

1.8.7. Страховик не зобов'язаний надсилати Страхувальнику повідомлення про необхідність сплати чергової Страхової премії. Надсилання такого повідомлення Страховиком ні в якому разі не означає його відмову від положення, викладеного у пункті 1.8.5. цих Правил.

1.8.8. Страхувальник зобов'язаний на власний ризик та за власні кошти забезпечити одержання Страховиком Страхових внесків. Своєчасність їх сплати визначається датою надходження платежу на розрахунковий рахунок Страховика.

1.8.9. У випадку укладення декількох Договорів страхування одним Страхувальником (страхування групи осіб), розміри Страхових премій та строки їх сплати за Договорами страхування визначаються у кожному окремому Договорі страхування (індивідуальний Договір страхування). Оплата чергової Страхової премії має бути здійснена Страхувальником самостійно на підставі умов, викладених в кожному індивідуальному Договорі страхування.

1.8.9.1. Перед початком кожного чергового Страхового періоду Страховик надсилає Страхувальнику повідомлення про необхідність сплати чергової/їх страхової/їх премії/ї. В повідомленні міститься інформація щодо номерів полісів, прізвища та ім'я Застрахованих осіб, дати народження Застрахованих осіб, розміру премій, що підлягають оплаті. Окрім вказаного, повідомлення може містити інформацію щодо наявності будь-якої заборгованості/переплати Страхувальника перед Страховиком, в тому числі інформацію щодо будь-яких відсотків та/чи витрат за індивідуальними Договорами страхування, укладеними одним Страхувальником, за наслідками попереднього періоду.

1.8.9.2. Страхувальник зобов'язаний на дату сплати Страхової премії надати Страховику список номерів Полісів, за якими здійснено платіж, із зазначенням розміру премії за кожним Договором страхування (далі - Список призначених премій). Страховик зараховує кошти, отримані від Страхувальника, за Договорами страхування у відповідності до Списку призначених премій.

1.8.9.3. Якщо кошти, що надійшли на рахунок Страховика за Договорами страхування, не дорівнюють сумі чергової/їх премії/ї, та сумі будь-якої заборгованості, в тому числі за несплаченими Страховими преміями за наслідками попереднього періоду, які були визначені в Повідомленні Страховика, та при наявності отриманого від Страхувальника Списку призначених премій, Страховик зараховує вищезазначені кошти на Поліси в порядку черговості та в розмірах, зазначених у Списку призначених премій.

1.8.9.4. Якщо кошти, що надійшли на рахунок Страховика за Договорами страхування, не дорівнюють сумі чергової/їх премії/ї, та сумі будь-якої заборгованості в тому числі за несплаченими Страховими преміями за наслідками попереднього періоду, які були визначені в Повідомленні Страховика, та за відсутності отриманого від Страхувальника Списку призначених премій, Страховик зараховує вищезазначені кошти на Поліси в порядку черговості та в розмірах, зазначених у Повідомленні Страховика. При цьому, за рахунок коштів, що надійшли від Страхувальника, в першу чергу погашається та заборгованість Страхувальника перед Страховиком по несплаченим раніше преміям за Договорами страхування, в другу чергу - по новим Договорами страхування.

1.8.9.5. Однак, незважаючи на п. 1.8.9.3. та 1.8.9.4. цих Правил у разі існування будь-якої заборгованості Страхувальника перед Страховиком, з будь-якого отриманого платежу спочатку вираховуються несплачені раніше відсотки та/чи витрати - незалежно від того, чи є ці відсотки та витрати, пов'язаними з більш ранніми чи більш пізніми сумами.

1.9. Початок і кінець дії страхового покриття.

1.9.1. Договір страхування вважається укладеним з того моменту, коли Страховик у письмовій формі підтвердив Страхувальнику прийняття його пропозицій про укладення Договору страхування або доставив Поліс Страхувальнику. З цієї передумовою Страхове покриття починається з дня, коли Страхувальником було сплачено першу (або одноразову) Страхову премію, але не раніше зазначеного в Договорі страхування строку початку дії Страхового покриття.

1.9.2. Окрім випадків, передбачених цими Правилами, Страхове покриття припиняється також, якщо чергова річна Страхова премія або часткова сума чергової річної Страхової премії не сплачена протягом одного місяця після встановленого строку сплати. Дія Договору страхування, для якого на час початку затримки платежу існувала викупна сума, може продовжуватись в формі Страхування без премії (п.2.2 цих Правил).

1.9.3. Страхове покриття за Головним страхуванням (Розділ 2 цих Правил) припиняється, якщо під час дії Договору страхування Застрахована особа стала особою, яка не підлягає страхуванню згідно з п. 1.2.4. цих Правил. Одночасно з цим припиняється дія Додаткового страхування щодо даної особи.

1.9.4. Весь термін Страхового покриття поділяється на декілька Страхових періодів. Кожний Страховий період дорівнює одному року, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. Початок наступного Страхового періоду починається зі спливу строку дії попереднього Страхового періоду.

1.10. Порядок внесення змін до Договору страхування.

1.10.1. Всі повідомлення, пропозиції та заяви, пов'язані з Договором страхування, повинні надаватись стороною Договору страхування на адресу другої сторони у письмовій формі. Отримання Страховиком письмових заяв та інших документів від Страхувальника для подальшої обробки шляхом факсимільного зв'язку або електронної пошти можливе за умови подальшого надання Страхувальником оригіналів цих документів. Будь-які заяви Страховика дійсні лише в тому випадку, якщо вони підписані від імені Страховика уповноваженою належним чином на те особою.

1.10.2. Внесення змін і доповнень до Договору страхування здійснюється за взаємною згодою Сторін у письмовій формі, шляхом укладання додаткової угоди до Договору страхування, яка є його невід'ємною частиною (Додатком до Страхового Полісу). Розгляд питання про внесення змін і доповнень до Договору страхування, а також відмова від запропонованих змін, здійснюється за письмовим зверненням будь-якої із сторін протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати відповідної письмової заяви, якщо інше не передбачено Договором страхування.

1.10.3. Страхувальник має право вносити зміни в умови Договору страхування на першому році страхування лише протягом 14 календарних днів після отримання ним Договору страхування (Полісу). По закінченні цього строку вважається, що Страхувальник повністю прийняв умови Договору страхування.

1.10.4. Зміни розміру Страхової премії здійснюються з початку наступного Страхового періоду, якщо інше не передбачено Договором страхування, шляхом внесення відповідних змін до Договору.

1.10.5. При внесенні до Договору страхування змін, які призводять до збільшення Страхової відповідальності Страховика, Страховик має право вимагати додаткову інформацію, необхідну для оцінки ступеня ризику на момент внесення таких змін, а також проведення медичного огляду Застрахованої особи.

1.10.6. Всі зміни, які стосуються розміру відповідальності Страховика та/чи Страхового покриття набирають чинності з початку наступного Страхового періоду.

1.10.7. Заява на зменшення суми щорічної Страхової премії розглядається як заява на часткове звільнення від сплати премії. Страхова сума та Страхові виплати приводяться у відповідність до змінених умов Договору страхування.

1.10.8. Внесення змін до переліку Застрахованих осіб за Договором страхування та заміна Вигодонабувачів або часток цих осіб у страховій виплаті здійснюється у порядку, передбаченому цим розділом 1.10. Правил.

1.11. Право на одержання страхових виплат.

1.11.1. Страхувальник при укладенні Договору страхування повинен визначити Вигодонабувача (Вигодонабувачів). До настання Страхового випадку Страхувальник має право у будь-який час замінити призначеного раніше Вигодонабувача. Зміна Вигодонабувача за Договором страхування буде мати обов'язкову силу для Страховика лише в тому випадку, якщо про цю зміну Страхувальник повідомив Страховика у письмовій формі та до моменту настання Страхового випадку.

1.11.2. Якщо було призначено кілька осіб з правами Вигодонабувача, і не було визначено, хто яку частку виплати має одержати, кожна з цих осіб має право одержати однакову частку.

1.11.3. Частка, яку не одержав один з Вигодонабувачів, належить, в разі його смерті, його законним спадкоємцям.

1.11.4. Договором страхування можуть бути встановлені різні Вигодонабувачі при різних Страхових випадках.

1.11.5. Якщо Страхувальником під час складання заяви на страхування не визначено Вигодонабувача на випадок смерті Застрахованої особи, Вигодонабувачем/ами вважаються спадкоємці Застрахованої особи згідно чинного законодавства України.

1.11.6. Якщо Страхувальником під час складання заяви на страхування не визначено Вигодонабувача на випадок дожиття Застрахованої особи, Вигодонабувачем вважається Застрахована особа.

1.12. Втрата Страхового Полісу.

Про втрату або знищення Страхового Полісу необхідно повідомити Страховика протягом тижня з моменту, коли стало відомо про таку втрату або знищення. На підставі заяви Страхувальника Страховик видає дублікат Полісу замість втраченого, а втрачений Страховий Поліс вважається недійсним і виплати по ньому не здійснюються.

1.13. Припинення дії Договору страхування.

1.13.1. Дія договору Страхування припиняється у разі:

- закінчення строку дії;
- виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- несплати Страхувальником Страхових платежів у встановлений Договором строки;
- ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;
- в інших випадках, передбачених законодавством України;
- за згодою сторін.

1.13.2. Дію договору Страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, у порядку та на умовах, визначених цими Правилами.

1.13.2.1. Страхувальник може в будь-який час припинити дію Договору страхування, попередивши Страховика про це у встановлений законодавством термін, причому дію Договору страхування можна припинити наприкінці календарного місяця, але не раніше, ніж закінчиться другий страховий рік. Припинення дії Договору страхування з одноразовою страховою премією можливе тільки за умовою закінчення першого страхового року.

1.14. У разі дострокового припинення дії Договору страхування Страховик виплачує Страхувальнику Викупну суму, яка є майновим правом страхувальника за Договором страхування, у порядку та на умовах визначених даними Правилами та чинним законодавством України. Договором страхування життя може бути передбачено збільшення розміру Викупної суми на суми (бонуси), які визначаються Страховиком один раз на рік за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів резервів із страхування життя за вирахуванням витрат Страховика. Розмір суми резерву бонусів визначається середнім доходом (з урахуванням всіх пов'язаних з отриманням доходів витрат, в тому числі, але не виключно: видатків на амортизацію, видатків на управління, податків та зборів) від інвестування коштів математичних резервів за всіма договорами, які передбачають участь у резервах бонусів за системою «накопичувальне страхування», проте також може братися до уваги загальний економічний стан Страховика. Принаймні 85% цього доходу перераховуються до резервного фонду системи участі у резервах бонусів для виплати сум резерву бонусів по Договорам страхування в тому числі в майбутньому.

1.14.1. З метою отримання Викупної суми, при її наявності за відповідним Договором страхування, Страхувальник, окрім вимоги про дострокове припинення Договору страхування, зобов'язаний надати на відповідну письмову вимогу Страховика: 1) належним чином заповнену та підписану заяву про одержання викупної суми, складену за формою, встановленою Страховиком; 2) копію документа, що посвідчує особу Страхувальника; 3) копію реєстраційного номеру облікової картки фізичної особи платника податків; 4) інші документи, надання яких є обов'язковим у відповідності до вимог чинного на момент здійснення виплати Викупної суми законодавства України.

1.14.2. Виплата Викупної суми здійснюється Страховиком на користь Страхувальника протягом 14 робочих днів з дати припинення Договору страхування, але в будь-якому випадку виключно після отримання Страховиком від Страхувальника всіх без виключення документів, необхідних для здійснення виплати Викупної суми. Датою отримання Страховиком документів вважається дата їх надходження на адресу Страховика. Якщо документи на отримання Викупної суми було отримано Страховиком від Страхувальника після дати припинення Договору страхування, виплата викупної суми здійснюється протягом 14 робочих днів з дати отримання від Страхувальника всіх без виключення документів, необхідних для здійснення виплати Викупної суми.

1.14.3. У випадку порушення Страховиком строків виплати Викупної суми, передбачених пунктом 1.14.2. цих Правил, Страховик несе відповідальність за несвоєчасне здійснення виплати Викупної суми у межах, передбачених діючим на момент порушення законодавством України (ст. 625 Цивільного кодексу України), за наявності відповідної вимоги Страхувальника.

РОЗДІЛ 2. УМОВИ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ (ГОЛОВНЕ СТРАХУВАННЯ)

2.1 Страхові ризики та Страхові випадки. Порядок визначення розмірів Страхових сум та Страхових виплат.

2.1.1. Головне страхування передбачає наступні Страхові ризики: смерть та дожиття або певна важка хвороба Застрахованої особи.

2.1.2. Страховими випадками за Головним страхуванням можуть бути:

- смерть Застрахованої особи під час дії Договору страхування;
- дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору страхування або досягнення Застрахованою особою віку, визначеного Договором страхування;
- діагностування певної важкої хвороби у Застрахованої особи під час дії Договору страхування, у випадку, якщо це передбачено умовами відповідного Тарифу за Договором страхування.

2.1.3. Розмір Страхової суми та/або розміри Страхових виплат визначаються за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання Договору страхування або внесення змін до нього. Страховик має право встановлювати максимальну Страхову суму за кожним Страховим випадком щодо Застрахованої особи.

Розмір (величина) гарантованого інвестиційного доходу, який застосовується для розрахунку страхового тарифу та на підставі якого розрахована страхова премія для зазначеного у договорі розміру Страхової суми, встановлюється Договором страхування. Гарантований інвестиційний дохід нараховується на суму математичних резервів.

2.1.4. Страхове покриття існує незалежно від того, що стало причиною Страхового випадку.

2.1.5. Розмір Страхової виплати обмежується зазначеною в Полісі Викупною сумою та сумою резерву бонусів по цьому Договору страхування, який розраховується за правилами, викладеними у п. 2.6 цих Правил, якщо Страховий випадок був викликаний тим, що:

- Застрахована особа брала участь у воєнних діях або в заколоті, повстанні чи заворушеннях;
- Застраховану особу було вбито. При цьому Страховик залишає за собою право зважачи на обставини за яких сталась смерть Застрахованої особи прийняти рішення щодо збільшення розміру Страхової виплати;
- Застраховану особу було засуджено до смертної кари за карні вчинки, і вирок було виконано;
- Застраховану особу було вбито під час спроби вчинення або при вчиненні нею карних дій;
- Застрахована особа померла внаслідок прямого впливу атомної, хімічної або бактеріологічної катастрофи, в тому числі, якщо ця катастрофа мала місце до укладання Договору страхування або під час його дії і підтверджено, що саме її наслідки стали причиною смерті;
- Застрахована особа померла в результаті патологічного зловживання алкоголем, наркотиками або медикаментами;
- Застрахована особа загинула внаслідок аварії як пасажир транспортного засобу, водій якого мав психічний розлад, або його поведінка була викликана впливом зловживання алкоголем, наркотиками, медикаментами, за винятком переміщення Застрахованої особи у якості пасажир платним транспортом загального призначення.

2.1.6. Розмір Страхової виплати обмежується зазначеною в Полісі Викупною сумою та сумою резерву бонусів по цьому Договору страхування, який розраховується за правилами, викладеними у п. 2.6 цих Правил, якщо Страховий випадок був безпосередньо або опосередковано викликаний:

- будь-якими воєнними діями з оголошенням стану війни чи без нього, включаючи всі насильницькі дії з боку держав та всі насильницькі дії політичних та терористичних організацій;
- внутрішніми безпорядками, громадянською війною, революцією, бунтом, заколотом, повстанням;
- будь-якими воєнними заходами та заходами органів державної влади, які пов'язані з наведеними подіями;
- участю України у воєнних діях;
- атомною катастрофою.

2.1.7. Якщо Страхувальником не було досягнуто із Страховиком інших письмових домовленостей, викладених у Договорі страхування, розмір Страхової виплати у випадку смерті Застрахованої особи обмежується розміром зазначеної в Полісі Викупної суми та сумою резерву бонусів по цьому Договору страхування, який розраховується за правилами, викладеними у п. 2.6 цих Правил, на дату смерті Застрахованої особи, у разі якщо смерть сталася:

- при керуванні особливими льотними засобами (наприклад: аеростатом, параглайдером, дельтапланом тощо);
- при виконанні обов'язків льотчика з використанням особливих літальних засобів (наприклад: "змій", аеростат, параглайдер, парашут);
- при виконанні обов'язків вертольотчика або військового льотчика;
- під час занять небезпечними видами спорту (наприклад: стрибки з парашутом, скелелазіння, пірнання на глибину більше ніж 10 метрів, автоспорт, мотоспорт, кінний спорт, альпінізм тощо);
- під час занять аматорськими видами спорту на непрофесійному рівні у період дозвілля (наприклад: спорт із використанням наземних, повітряних, водних транспортних засобів (як, наприклад, водний мотоцикл), дайвінг, каякінг тощо);
- внаслідок участі в гонках або пов'язаних із гонками тренуваннях на сухопутних, повітряних або водних транспортних засобах.

2.1.8. Страховик надає повне Страхове покриття в разі самогубства Застрахованої особи тільки через п'ять років після укладення Договору страхування або внесення до нього останніх змін, пов'язаних із збільшенням розміру Страхової суми (Страхової виплати). До спливу цього строку у випадку самогубства Застрахованої особи виплата обмежується розміром зазначеної в Страховому Полісі Викупної суми та сумою резерву бонусів по цьому Договору страхування, який розраховується за правилами, викладеними у п. 2.6 цих Правил, на дату смерті Застрахованої особи, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

2.1.9. Розмір Страхової виплати обмежується розміром зазначеної в Страховому Полісі викупної суми та сумою резерву бонусів по цьому Договору страхування, який розраховується за правилами, викладеними у п. 2.6 цих Правил, на дату смерті Застрахованої особи, якщо на момент смерті Застрахована особа була інфікована вірусом ВІЛ, та/чи мала симптоми імунodefіциту (СНІД).

2.1.10. Перші шість місяців дії Договору страхування є періодом очікування. У випадку смерті Застрахованої особи протягом зазначеного періоду очікування, розмір Страхової виплати обмежується сумою премій, сплачених по цьому Договору. Це обмеження не розповсюджується на випадок, якщо смерть Застрахованої особи настала внаслідок нещасного випадку, який трапився після початку дії Страхового покриття. При цьому ризик настання смерті від нещасного випадку має бути передбачений умовами Договору страхування.

2.2. Зменшення розміру Страхової суми. Виплата Викупної суми.

2.2.1. При достроковому припиненні дії Договору страхування Страхувальнику виплачується Викупна сума, яка не дорівнює сумі сплачених премій. Ця сума розраховується актуарно на день припинення дії Договору страхування у відповідності до Додатку № 1 до цих Правил. Розмір Викупної суми наприкінці кожного Страхового періоду, в якому відбувається припинення дії Договору страхування, зазначено у страховому полісі, що є невід'ємною частиною Договору страхування.

2.2.2. При наявності Викупної суми за Договором страхування, в разі затримки або припинення сплати Страхувальником чергової премії та відсутності заяви Страхувальника про розірвання Договору страхування та виплату Викупної суми, Страховик може провести перерахунок розміру Страхової суми, виходячи з розміру страхових резервів, сформованих за таким Договором страхування. Договір страхування перетворюється в "Договір страхування без премії". Положення цього пункту не застосовуються для страхування на випадок смерті на визначений термін з терміном дії не більше десяти років.

2.2.3. Якщо чергова страхова премія не буде сплачена протягом місяця після настання визначеного Договором страхування терміну сплати, Договір страхування, який вже має Викупну суму, перетворюється у "Договір страхування без премії" з дати початку Страхового періоду, за який відсутня сплата чергової страхової премії. Розмір зменшеної Страхової суми на початок кожного Страхового періоду, починаючи із періоду в якому сплата чергової Страхової премії за Договором страхування не була здійснена, наведено у страховому полісі, що є невід'ємною частиною Договору страхування. Положення цього пункту не застосовується для страхування на випадок смерті на визначений термін з терміном дії до десяти років.

2.2.4. Дія Договору страхування може бути припинена повністю або частково, однак частково припинити дію Договору страхування можна тільки таким чином, що відповідно до частини Договору страхування, яка залишається в силі, Страхувальник зобов'язаний сплачувати премії загальною сумою на рік не менше суми:

2.2.4.1. для фізичних осіб:

2.2.4.1.1. за Договорами страхування, грошові зобов'язання за якими визначені в іноземній валюті та

○ підлягають виконанню Страхувальником у доларах США - 300 доларів США, та/чи

○ підлягають виконанню Страхувальником в українській гривні - еквівалентній 300 доларів США;

2.2.4.1.2. для Договорів страхування, грошові зобов'язання за якими визначені в українській гривні та підлягають виконанню Страхувальником в українській гривні - не менше ніж 1500 гривень;

2.2.4.2. для юридичних осіб:

2.2.4.2.1. за Договорами страхування, грошові зобов'язання за якими визначені в іноземній валюті та

○ підлягають виконанню Страхувальником у доларах США - 200 доларів США, та/чи

○ підлягають виконанню Страхувальником в українській гривні - еквівалентній 200 доларів США;

2.2.4.2.2. для Договорів страхування, грошові зобов'язання за якими визначені в українській гривні та підлягають виконанню Страхувальником в українській гривні - не менше ніж 1000 гривень.

2.3. Дії Страхувальника (Вигодонабувача) в разі настання Страхового випадку. Документи, що підтверджують настання Страхового випадку.

2.3.1. Страхувальник та/або Вигодонабувач, який хоче скористатися своїм правом на отримання Страхової виплати за Договором страхування, зобов'язаний:

2.3.1.1. надіслати Страховику письмове повідомлення про смерть Застрахованої особи як тільки стане про це відомо, але не пізніше, ніж протягом п'яти днів з моменту смерті Застрахованої особи.

2.3.1.2. правдиво та в повному обсязі надати Страховику всю довідкову інформацію, яку Страховик вимагає для визначення обсягу своїх обов'язків щодо Страхових виплат;

2.3.1.3. на запит Страховика надати всю необхідну медичну документацію, що стосується Застрахованої особи, від лікарів та лікувальних закладів, які здійснювали медичне обстеження або лікування Застрахованої особи та яка необхідна для здійснення Страхової виплати. На вимогу Страховика, уповноважити представника Страховика та/або лікарів та лікарські заклади на надання чи на отримання такої інформації.

2.3.1.4. надати Страховику документи, необхідні для здійснення Страхової виплати, а саме:

○ письмову заяву на здійснення Страхової виплати із зазначенням всіх відомих обставин настання Страхового випадку;

○ оригінал Страхового Полісу;

○ документи, що підтверджують настання Страхового випадку;

○ свідоцтво про смерть Застрахованої особи (чи його нотаріально засвідчену копію)

○ надати копію паспорту та ідентифікаційний номер Вигодонабувача/ів;

○ надати інші докази та документи на вимогу Страховика, що стосуються Страхового випадку та пов'язані із отриманням Страхової виплати, зокрема, але не обмежуючись:

○ засвідчені належним чином копії лікарського свідоцтва про смерть, висновку про розтин;

○ засвідчену належним чином копію вироку суду або рішення правоохоронних органів, якщо за фактом смерті Застрахованої особи або з підстав, за яких вона померла, порушено кримінальну справу.

2.3.1.5. Страховику дозволяється організувати огляд та розтин тіла медичними спеціалістами, а також, в разі необхідності, організувати процес ексгумації.

2.3.2. Настання Страхового випадку повинно бути підтверджене достовірними документами, які видані компетентними органами, установами, відповідно до чинного законодавства (медична установа, суд, органи ДАІ, МВС, РАГС тощо), подані в обсязі згідно з вимогою Страховика, оформлені і засвідчені належним чином.

2.3.3. У разі настання Страхового випадку за межами України, документи, що підтверджують факт, причини, обставини та наслідки Страхового випадку, повинні бути надані Страховику засвідченими належним чином, відповідно до вимог норм міжнародного права та чинного законодавства України. Документи, складені іноземною мовою мають бути перекладені на українську (російську) мову, при цьому переклад має бути засвідчений належним чином.

2.4. Причини відмови у Страховій виплаті.

2.4.1. Страховик звільняється від зобов'язань щодо здійснення Страхової виплати, якщо Страхувальник навмисно спричинив смерть Застрахованої особи.

2.4.2. У разі смерті Застрахованої особи, що сталась внаслідок протиправних дій Вигодонабувача, останній втрачає право на одержання Страхової виплати. В цьому випадку право на одержання Страхової виплати переходить до Страхувальника.

2.4.3. Підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхової виплати також є:

- подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання Страхового випадку;
- несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання Страхового випадку. При цьому Страховик залишає за собою право з огляду на поважність причин несвоєчасного повідомлення про настання Страхового випадку з боку Страхувальника розглянути питання про здійснення Страхової виплати. Поважність причин пропуску строку повідомлення визначається Страховиком самостійно;
- створення Страховиком перешкод у визначенні обставин настання Страхового випадку та/чи характеру Страхового випадку.

2.4.4. Страховик звільняється від обов'язку здійснення Страхової виплати, якщо без поважних на те причин, Страхувальником не виконуються вимоги пункті 2.3 цих Правил або запитувана Страховиком інформація не надана, і, як наслідок, Страховик був позбавлений можливості з'ясувати всі передумови, причини та обставини, пов'язані із Страховим випадком, та його настанням.

2.5. Страхова виплата у формі анuitету.

2.5.1. При настанні Страхового випадку "дожиття Застрахованої особи" за Договором страхування замість одноразової страхової виплати Страхувальник може обрати виплату у формі анuitету. При цьому, анuitет - періодичні виплати, які здійснюються Страховиком з установленими інтервалами часу у відповідності до вимог, передбачених договором.

2.5.2. До настання строку Страхової виплати у зв'язку із дожиттям Застрахованої особи право вибору форми Страхової виплати має Страхувальник, після цього - Вигодонабувач. Це право є дійсним до моменту здійснення Страховиком одноразової Страхової виплати. Розмір анuitету обчислюється відповідно до Тарифів, які діють на момент Страхової виплати, тобто дійсна вартість анuitету дорівнює дійсній вартості Страхової виплати на момент дожиття Застрахованої особи.

2.5.3. Виплата анuitету здійснюється у розмірі, у строки та на умовах, визначених Сторонами Договору страхування і оформлених Додатковою угодою (або Додатком) до Договору страхування.

2.5.4. Договір страхування може передбачати такі види анuitету:

- анuitет на строк;
- довічний анuitет.

2.5.4.1. До цих видів анuitету можуть бути обрані додаткові опції, а саме:

- опція з захистом капіталу;
- опція гарантованого періоду виплат;
- опція переходу виплат до іншої особи (анuitет з правом успадкування).

2.5.5. Після здійснення першої виплати у формі анuitету, вид анuitету не може бути змінено.

2.5.6. Виплата анuitету здійснюється на початок кожного обумовленого Договором страхування періоду.

2.5.7. При обранні Страхувальником чи Вигодонабувачем одержання Страхової виплати у формі анuitету він, у разі необхідності, за вимогою Страховика, зобов'язаний перед здійсненням першої виплати у формі анuitету та на початок кожного наступного річного періоду надати Страховику документи, які підтверджують, що Вигодонабувач-одержувач анuitету живий. Таке підтвердження має бути надано також незалежно від строків здійснення виплати анuitету на вимогу Страховика. Неподання таких доказів є підставою для відкладення виплат.

2.6. Участь у резервах бонусів.

2.6.1. Договором накопичувального страхування життя передбачається збільшення розміру Страхової суми та/або розміру Страхових виплат на суми (бонуси), які визначаються Страховиком один раз на рік за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів резервів із страхування життя за вирахуванням витрат Страховика. Розмір суми резерву бонусів, що виплачується за Договорами страхування визначається середнім доходом (з урахуванням всіх пов'язаних з отриманням доходів витрат, в тому числі, але не виключно: видатків на амортизацію, видатків на управління, податків та зборів) від інвестування коштів математичних резервів за всіма договорами, які передбачають участь у резервах бонусів за системою «накопичувальне страхування», проте також може братися до уваги загальний економічний стан Страховика. Принаймні 85% цього доходу перераховуються до резервного фонду системи участі у резервах бонусів для виплати сум резерву бонусів по Договорам страхування в тому числі в майбутньому.

2.6.2. Тарифи Головного страхування, які передбачають участь у резервах бонусів, належать до системи участі у резервах бонусів «накопичувальне страхування». Визначення розмірів резерву бонусів за даною системою базується на Положенні про формування резервів із страхування життя (далі – Положення), що затверджено Страховиком та зареєстровано у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

2.6.3. Суми резерву бонусів, які підлягають виплаті, розраховуються у відповідності до Положення, та виплачуються разом із Страховою виплатою, якщо Положенням не встановлюється інших правил для окремих Страхових сум, умов страхування і т.п. Суми резерву бонусів, розраховуються окремо за кожним Договором страхування та додаються до складу математичного резерву цього Договору страхування.

2.6.4. Суми інвестиційного доходу, сформовані за відповідні періоди протягом строку дії Договору страхування в порядку, передбаченому п. 1.8.4.1. цих Правил, додаються до сум резерву бонусів та виплачуються разом із Страховою виплатою за Договором страхування, або викупною сумою за ним в порядку, передбаченому цими Правилами.

2.7. Невірні дані про вік Застрахованої особи.

2.7.1. Якщо при укладенні Договору страхування Страхувальником було розраховано вік Застрахованої особи із порушенням п. 1.8.1. цих Правил і внаслідок цього розмір Страхової суми у відповідності до вказаної в Заяві Страхової премії було невірно визначено, зобов'язання Страховика щодо Страхових сум збільшуються або зменшуються у відповідності із умовами Тарифів, згідно Додатку № 1 до цих Правил.

2.7.2. Страховик має право відмовити Страхувальнику у укладенні Договору страхування, коли вік Застрахованої особи, розрахований за правилами викладеними п. 1.8.1. цих Правил не відповідає вимогам до віку, встановленим відповідними Тарифами, що містяться у Додатку № 1 до цих Правил.

2.8. Особливі умови страхування життя на випадки смерті та дожиття або діагностування певних важких хвороб.

2.8.1. Дані особливі умови діють разом з Умовами страхування життя (Головне страхування) та підлягають застосуванню у випадку страхування життя на випадки смерті та дожиття або діагностування певних важких хвороб. У випадках не врегульованих даними особливими умовами, слід керуватись положеннями Розділів 1 та 2 Правил.

2.8.2. Страховий випадок та Страхове покриття.

Страховим випадком вважається один із наступних випадків: смерть та дожиття, або випадок діагностування у Застрахованої особи певних важких хвороб, які мають бути виявлені вперше у період дії Договору страхування.

Страхове покриття розповсюджується на настання виключно одного Страхового випадку за весь строк дії Договору страхування. Виплата Страхової суми здійснюється тільки за одним Страховим випадком, а саме: смерть або дожиття, або діагностування певної важкої хвороби у Застрахованої особи під час дії Договору страхування, навіть якщо протягом строку дії Договору страхування було діагностовано декілька певних важких хвороб, або настала смерть, або дожиття. Дія Страхового покриття за Головним страхуванням, а також за всіма Тарифами Додаткового страхування, якщо такі було включено до умов Договору страхування, припиняється з моменту прийняття першого рішення Страховиком про здійснення Страхової виплати (такого, що приймається вперше після укладення Договору страхування) за першим страховим випадком діагностування певної важкої хвороби.

Факт настання Страхового випадку має підтверджуватись повним пакетом медичної документації, яку вимагає Страховик. При цьому, встановлення та підтвердження діагнозу певної важкої хвороби в кожному випадку має здійснюватись лікарями-фахівцями у відповідній області медицини, які мають право на встановлення та підтвердження такого діагнозу, а медичні заклади, в яких Застрахована особа проходить лікування, або в яких встановлюється або підтверджується відповідний діагноз, повинні мати право на надання медичних послуг у відповідній області медицини.

За умов наявності клінічного діагнозу та повного пакету необхідної медичної документації в рамках цих Правил певними важкими вважаються наступні хвороби:

2.8.2.1. Інфаркт міокарда

Інфаркт міокарда - одна із клінічних форм ішемічної хвороби серця, яка характеризується розвитком ішемічного незворотного некрозу частини серцевого м'язу внаслідок недостатнього постачання крові.

Діагностування інфаркту міокарда повинне бути основане на наступних критеріях:

- раптові болі, що тиснуть, давлять, інколи колють, в області серця, які, зазвичай, тривають протягом 30 хвилин;
 - типові зміни у даних ЕКГ (наприклад, постійне підвищення сегменту ST, виявлення патологічних зубців Q);
 - типові дані інструментальної діагностики (підтверджене зниження скоротливої функції лівого шлуночка за даними ЕХО-КГ);
 - дані біохімічних показників (ензимодіагностика: підйом активності креатинін-фосфокінази (КФК), ізоензиму МВ КФК та тропонінів I та T, лактатдегідрогенази ЛДГ, трансамінази аспартатаміно-трансферази (глутамат-оксалоацетат-трансамінази - GOT), гідроксибутират дегідрогенази (HBDH)).
- Страхова виплата здійснюється за фактом встановлення діагнозу на основі вищевказаних критеріїв.

Не є Страховим випадком:

- ізольоване підвищення показників тропонінів I та T без підвищення сегменту ST;
- підвищення рівня тропонінів без явної ішемічної хвороби серця (наприклад: міокардит, апікальний балонний синдром, забій серця, легенева емболія, медикаментозна інтоксикація);
- гострий коронарний синдром (стабільна або нестабільна стенокардія);
- інфаркт протягом 30 днів після коронарної ангіопластики або шунтування.

2.8.2.2. Аортальне шунтування серця (байпас)

Аортальне шунтування серця (байпас) - виконання хірургічного втручання на відкритому серці у зв'язку зі звуженням або перекриттям щонайменше двох серцевих коронарних судин за допомогою штучних судинних байпас імплантів. Необхідність проведення оперативного втручання повинна підтверджуватись коронарною ангіографією.

Страхова виплата здійснюється лише після проведення оперативного втручання на серці. Для Застрахованої особи це повинно бути перше втручання подібного роду, не залежно від того, на скількох судинах проводилось оперативне втручання. Страхова виплата також може бути здійснена на користь Застрахованої особи на розрахунковий рахунок медичного закладу до моменту та з метою проведення оперативного втручання на серці в порядку, передбаченому п. 1.5. цих Правил.

Не є Страховим випадком:

- ангіопластика (PTCA);
- інші внутрішньо артеріальні терапевтичні процедури;
- мінімально-інвазивна хірургія;
- стентування.

2.8.2.3. Карцинома (злоякісна пухлина, рак)

Карцинома - захворювання, що характеризується наявністю однієї або декількох пухлин, які за допомогою гістологічного дослідження класифікуються як злоякісні та характеризуються неконтрольованим зростом злоякісних клітин та інвазивним впливом на здорові клітини. В разі, якщо виконання гістології не є можливим, діагноз злоякісних якостей пухлини повинен бути встановлений іншими визнаними медичними дослідними процесами. До поняття «рак» (злоякісне захворювання) також відносяться саркома, меланома, лейкокемія та лімфома.

Не є Страховим випадком:

- «carcinoma in situ» включаючи стадії CIN-1, CIN-2 та CIN-3, або передзлоякісні форми;
- гістологічно діагностовані меланоми, товщина яких складає менше 1,5 мм, або глибина менше третього рівня за класифікацією Кларка;
- всі гіперкератози та карциноми клітин шкіри (крім випадків з наявністю метастазів);
- карцинома простати з гістологічно доведеною TNM класифікацією T1 (включаючи T1a, T1b або подібні початкової стадії);
- хронічний лімфолейкоз, якщо він не прогресував, принаймні до стадії B по Binet;
- папілярна карцинома щитоподібної залози діаметром до 1 см та гістологічним описом T1N0M0;
- папілярна мікрокарцинома сечового міхура з гістологічним описом Tа;
- справжня поліцитемія та есенціальна тромбоцитопенія;
- моноклональна гаммапатія;
- MALT-лімфома шлунку, якщо вона піддається лікуванню за допомогою ерадикації H.pylori;
- шлунково-кишкові стромальні пухлини (GIST) на стадіях 1 та 2 згідно з класифікацією AJCC за схемою 2010p.;
- мікроінвазивна карцинома молочної залози, яка не потребує мастектомії;
- мікроінвазивний рак шийки матки за умови, що не потрібна гістеректомія.

2.8.2.4. Інсульт, апоплексія

Інсульт, апоплексія - гостре порушення мозкового кровообігу, що виникає при розриві судин (крововилив у мозок, під оболонки й у шлуночки мозку), при закупорці тромбом чи тривалому спазмі судин головного мозку, яке спричиняє тривалу церебро-васкулярну патологію. Наслідки церебро-васкулярного інсульту - рухові розлади (паралічі та парези), мовні порушення, розлади психіки.

Діагноз захворювання повинен бути підтверджений відповідними діагностичними обстеженнями (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, тощо). Неврологічні пошкодження (наслідки) повинні спостерігатись щонайменше протягом трьох місяців.

Страхова виплата здійснюється не раніше, ніж через три місяці після розпочатого лікування церебро-васкулярної патології за умови збереження (наявності) всіх вищезазначених наслідків гострого порушення мозкового кровообігу.

Не є Страховим випадком:

- пошкодження головного мозку внаслідок травми, епілепсія, запальних процесів мозку;
- мозкові патології, які виникли внаслідок мігрені, гіпоксії;
- ішемічні порушення вестибулярного апарату;
- ішемічні захворювання вестибулярної системи;
- випадкові стани/заключення виявлені під час процедур нейровізуалізації (КТ або МРТ) без чітких клінічних симптомів (тихий інсульт);
- запальні і судинні захворювання, які ушкоджують зоровий нерв та викликають ішемічні порушення вестибулярного апарату;
- перехідні ішемічні розлади - ТІА (короткостроковий неврологічний дефіцит викликаний ішемією);
- лакунарні зміни мозку, що не викликані ішемією або крововиливом.

2.8.2.5. Хронічна ниркова недостатність

Хронічна ниркова недостатність - прогресуюча незворотня дисфункція обох нирок на останній стадії, яка безпосередньо загрожує життю і потребує лікування із застосуванням гемодіалізу, перитонеального діалізу або пересадки нирки.

Діагноз захворювання повинен підтверджуватись відповідними медичними документами, що засвідчували б необхідність проведення діалізу або трансплантації нирок.

Страхова виплата здійснюється після того, як почнеться постійне проведення процедури діалізу або після трансплантації нирки. Страхова виплата також може бути здійснена на користь Застрахованої особи на розрахунковий рахунок медичного закладу до моменту та з метою проведення трансплантації нирки в порядку, передбаченому п. 1.5. цих Правил.

Не є Страховим випадком:

- всі гострі захворювання нирок;
- гостра (тимчасова) ниркова недостатність внаслідок травми або інших етіологічних причин.

2.8.2.6. Пересадка органів

Пересадка органів - необхідність пересадки у Застрахованої особи одного з наступних органів: серця (трансплантація серця в цілому, в тому числі імплантація штучного серця), легені, печінки - або тільки частини печінки (правої чи лівої долі печінки), підшлункової залози, нирки, тонкого кишечника. У цьому випадку Застрахована особа має бути одержувачем органу.

Діагноз захворювання та необхідність пересадки (трансплантації) органу має підтверджуватись відповідними медичними документами.

Страхова виплата здійснюється після проведення пересадки відповідного органу. Страхова виплата також може бути здійснена на користь Застрахованої особи на розрахунковий рахунок медичного закладу до моменту та з метою проведення пересадки відповідного органу в порядку, передбаченому п. 1.5. цих Правил.

Не є Страховим випадком

- випадки, коли Застрахована особа є донором органу або тканин;
- всі види пересадки власного кісткового мозку, а також власних островків Лангерганса.

2.8.2.7. Розсіяний склероз (хронічне захворювання центральної нервової системи)

Розсіяний склероз (хронічне захворювання центральної нервової системи) - хронічне захворювання, яке характеризується численними порушеннями центральної нервової системи, що клінічно проявляються у вигляді погіршення зору, неврологічних нападів, церебральних порушень, втрати чутливості, ментальних порушень та інших.

Для підтвердження діагнозу, у Застрахованої особи мають спостерігатись неврологічні порушення щонайменше протягом шести місяців з дати встановлення діагнозу або ж щонайменше два напади з інтервалом в один місяць, або ж неврологічні порушення проявляються у вигляді нападів у комбінації з характерними змінами у діагнозі спинномозкової рідини та магнітно-резонансної томографії мозку.

2.8.2.8. Параліч

Параліч - повний, тривалий, незворотній параліч кінцівок у результаті захворювання або механічного ушкодження спинного мозку, який має наслідком паралегію (в разі паралічу нижньої частини тіла та обох ніг) або тетраплегію (якщо уражено обидві руки та обидві ноги).

Діагноз захворювання повинен підтверджуватись відповідними діагностичними обстеженнями (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія головного чи спинного мозку, діагностування нервової прохідності чи електроміографія, мієлографія та ін.)

Не є Страховим випадком: синдром Гийена-Барре, спінальні м'язеві атрофії, хвороба рухового нейрона.

2.8.2.9. Втрата зору

Втрата зору - повна, невиліковна втрата зору на обох очах внаслідок хвороби або нещасного випадку з максимальним можливим ступенем корекції 1/60 або менше.

Діагноз захворювання повинен підтверджуватись відповідними діагностичними обстеженнями, які б свідчили про повну втрату зору на обох очах.

Не є Страховим випадком:

- втрата зору на одне око;
- виліковна втрата зору на одне або два ока.

2.8.2.10. Операція на аорті

Операція на аорті - проведення операції на серці при хронічному захворюванні аорти, внаслідок якого необхідна заміна ураженої аорти штучним трансплантатом. Під аортою слід розрізняти грудну та черевну аорту, однак не аортальні відгалуження.

Страхова виплата здійснюється тільки після проведення оперативного втручання. Страхова виплата також може бути здійснена на користь Застрахованої особи на розрахунковий рахунок медичного закладу до моменту та з метою проведення оперативного втручання в порядку, передбаченому п. 1.5. цих Правил.

Не є Страховим випадком:

- операції на відгалуженнях грудної та черевної аорти, а також на відгалуженнях, які постачають кров по периферійній кров'яній системі.

2.8.2.11. Заміна клапанів серця (вальвулярна заміна)

Заміна клапанів серця (вальвулярна заміна) - хірургічна операція на відкритому серці шляхом вальвулопластики, вальвулотомії або заміни одного чи декількох пошкоджених через хворобу клапанів серця штучними клапанами серця (механічними або біологічними). Сюди включається заміна аортального, мітрального, трикуспідального або пульмонального клапанів у зв'язку із їх стенозом, недостатністю або комбінацією обох захворювань.

Діагноз захворювання та рішення щодо необхідності проведення операції по заміні клапанів серця повинні підтверджуватись відповідними медичними документами, які б також свідчили про вже виконану операцію.

Страхова виплата здійснюється тільки після проведення операції з заміни одного чи декількох клапанів серця. Страхова виплата також може бути здійснена на користь Застрахованої особи на розрахунковий рахунок медичного закладу до моменту та з метою проведення операції з заміни одного чи декількох клапанів серця в порядку, передбаченому п. 1.5. цих Правил.

Не є Страховим випадком:

- всі інші операції на клапанах серця, такі як, наприклад, балонопластика стеноза клапана аорти, мітральна комісуротомія.

2.8.2.12. Доброякісна пухлина мозку

Доброякісна пухлина мозку - доброякісні пухлини головного мозку, які викликають тривалі неврологічні порушення та потребують хірургічного видалення шляхом розтину черепної коробки і висічення пухлини – краніотомія; або ж неоперабельні доброякісні пухлини головного мозку, при яких спостерігаються патологічні неврологічні відхилення. Патологічним неврологічним відхиленням вважається тривалий стан постійних неврологічних змін, які спостерігались щонайменше протягом останніх трьох місяців та засвідчені відповідними документами.

Діагноз захворювання повинен підтверджуватись відповідними діагностичними обстеженнями (комп'ютерна та/або магнітно-резонансна томографія).

Страхова виплата здійснюється щонайменше через три місяці з дати встановлення діагнозу доброякісної пухлини мозку. Страхова виплата може бути здійснена у строк менший ніж три місяці з дати встановлення діагнозу доброякісної пухлини мозку у випадку, якщо було проведено краніотомію та після неї. Страхова виплата також може бути здійснена на користь Застрахованої особи на розрахунковий рахунок медичного закладу до моменту та з метою проведення краніотомії в порядку, передбаченому п. 1.5. цих Правил.

Не є Страховим випадком:

- кісти головного мозку;
- гранульоми тканин головного та спинного мозку;
- набуті чи вроджені деформації артерій чи судин головного мозку, їх внутрішніх стінок (артеріовенозні деформації);
- гематоми головного мозку;
- пухлини гіпофізу та хребта;
- новоутворення оболонок головного мозку, черепно-мозкових нервів.

2.8.2.13. Кома

Кома - стан організму, що характеризується повною втратою свідомості внаслідок травми або захворювання без реакцій організму на зовнішні подразники та відсутністю рефлексів протягом 96 годин, при якому виникає необхідність застосування апаратів штучного підтримання життєдіяльності та який викликає тривалі неврологічні порушення.

Діагноз захворювання повинен бути встановлений щонайменше через 96 годин після перебування організму у несвідомому стані. Тривалі неврологічні порушення повинні бути задокументовані та підтверджені відповідними діагностичними обстеженнями (наприклад, лабораторними аналізами та тестами по обміну речовин, комп'ютерною чи магнітно-резонансною томографією головного мозку, спинномозковою пункцією, аналізом спинномозкової рідини, електроенцефалограмою тощо).

Страхова виплата здійснюється не раніше аніж через три місяці після встановлення діагнозу.

Не є Страховим випадком:

- всі стани коми, які викликані зловживанням алкоголю чи наркотичними речовинами, а також отруєнням медичними засобами з метою самогубства.

2.8.2.14. Хронічна недостатність печінки

Хронічна недостатність печінки - завершальна невиліковна стадія хвороби печінки, яка має наслідком цироз печінки та печінкову недостатність.

Діагноз хронічної печінкової недостатності має підтверджуватись відповідними медичними документами, які б підтверджували встановлений діагноз згідно класифікаційної системи Child-Turcotte-Pugh на підставі наступних критеріїв:

- тривала жовтуха (з показниками білірубину > 2 мг/дл або > 35 моль/л);
- помірний асцит;
- альбумін < 3,5 г/дл;
- PV > 4 сек або INR > 1.7;
- гепатична енцефалопатія.

Страхова виплата здійснюється у разі діагностування хронічної недостатності печінки відповідно до названої класифікації хвороб, рівня складності та прогнозу (Child-Turcotte-Pugh, згідно якої рівень «В» означає 7-9 балів, та рівень «С» - 10-15 балів).

Не є Страховим випадком:

- всі цирози печінки, хронічні хвороби печінки та недостатність печінки, які викликані зловживанням алкоголю чи наркотичних речовин;
- при найменшому ступені ризику виникнення цирозу печінки рівню А згідно прогнозу за Child-Turcotte-Pugh.

2.8.2.15. Хронічне обструктивне захворювання легень (кінцева стадія)

Хронічне обструктивне захворювання легень (кінцева стадія) - важке та невиліковне порушення респіраторної функції внаслідок обструктивного захворювання легень, яке могло бути викликане певним захворюванням легень (хронічний обструктивний бронхіт, хронічний астматичний бронхіт, легенева емфізема та інші подібні захворювання легень).

Діагноз кінцевої стадії хронічного обструктивного захворювання легень повинен підтверджуватись медичними документами, які б базувались на клінічних, лабораторних та дослідженнях (наприклад, спірометрія). Діагноз має підтверджуватись наступними критеріями:

- тривале зниження об'єму повітря, що видихається за першу секунду FEV1 (Forced Expiratory Volume in 1 second) менше ніж на один літр (тест Тіффо);
- тривале зниження парціального тиску кисню (PaO2) нижче позначки 55 ммРтСт;
- потреба в постійній подачі кисню (тривала киснева терапія).

Страхова виплата здійснюється після точного діагностування хронічного обструктивного захворювання легень у кінцевій стадії за умов наявності усіх вищевказаних критеріїв важкості перебігу хвороби.

Не є Страховим випадком:

- всі інші можливі захворювання легень, а саме, порушення дихання внаслідок запальних та гранулематозних захворювань легень, внаслідок гострого респіраторного захворювання, пухлинних захворювань, тощо.

2.8.2.16. Втрата кінцівок

Втрата кінцівок - повна втрата двох або більше кінцівок в області вище зап'ястка або вище гомілковостопного суглобу внаслідок нещасного випадку (травми) або медично-невідкладної ампутації, викликані наслідками захворювання або нещасного випадку.

Втрата двох або більше кінцівок повинна підтверджуватись відповідними медичними документами.

Страхова виплата здійснюється після точного документального підтвердження діагнозу.

2.8.2.17. Важка травма голови

Важка травма голови - важка травма в області голови з пошкодженням мозкової діяльності, підтверджена лікарем-фахівцем в області хірургії чи нейрохірургії. При цьому, наслідки травми голови повинні супроводжуватись неспроможністю Застрахованої особи виконувати три або більше функцій із перерахованих нижче:

- умивання (здатність самостійно приймати душ чи ванну);
- одягання (здатність самостійно та без сторонньої допомоги одягатись чи роздягатись);
- особиста гігієна (здатність самостійно ходити до туалету та займатись щоденною особистою гігієною);
- мобільність (здатність самостійно пересуватись в замкнутому просторі на рівних поверхнях);
- стримування (здатність стримувати сечу і кал);
- харчування (здатність самостійно приймати їжу, однак не готувати її);

• самостійний підйом з ліжка (внаслідок обмежень Застрахована особа «прикована» до ліжка).

Подібні стани організму після важкої травми голови повинні бути затверджені відповідними медичними документами та спостерігатись щонайменше протягом трьох місяців.

Страхова виплата здійснюється щонайменше через три місяці після встановлення наслідків важкої травми голови.

Не є Страховим випадком:

- всі незначні черепно-мозкові травми без тривалих неврологічних наслідків;
- травми голови, які спричинені нападом епілепсії;
- стан після операцій з видалення внутрішньомозкових гематом, які мають травматичне походження.

2.8.2.18. Важкі опіки

Важкі опіки - пошкодження шкіри чи інших тканин організму внаслідок термічного, радіоактивного, хімічного чи електричного впливу. Зокрема, важкими вважаються опіки третього ступеню (глибокі опіки), що характеризуються ураженням всієї товщі шкіри, дермального шару та шару кориюму з некрозом на уражених ділянках, які становлять щонайменше 20% площі поверхні тіла згідно правила «дев'ятки».

Діагноз захворювання повинен підтверджуватись відповідними медичними висновками з зазначенням точного місця та площі опіку, а також наявністю рубців. У дорослих для визначення площі опіку використовується правило «дев'ятки» згідно Уоллеса, у дітей та немовлят використовується шкала Лунд-Браудера.

Страхова виплата здійснюється після закінчення активного лікування отриманих опіків.

Не є Страховим випадком:

- опіки першого та другого ступеню, при яких уражено менше 20% площі шкіри (згідно правила дев'ятки).

2.8.2.19. Втрата голосу та мовної функції

Втрата голосу та мовної функції - повна та невиліковна втрата мовної функції внаслідок захворювання голосових зв'язок, а також через пошкодження функцій голосового центру у корі головного мозку та базальних гангліїв.

Діагноз захворювання повинен підтверджуватись відповідними діагностичними обстеженнями (когнітивні тести, нейрорадіологічні дослідження мозку, комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія мозку з або без виконання ангіографії, а також інші неврологічні та отоларингологічні дослідження з метою встановлення причини втрати мовної функції).

Страхова виплата здійснюється не раніше шести місяців після встановлення відповідного діагнозу.

Не є Страховим випадком:

- тимчасові порушення мовної функції, а також ті, що спричинені психологічними чинниками.

2.8.2.20. Глухота

Глухота - повна, тривала (невиліковна), двостороння втрата слуху, що викликана захворюванням (гострий запальний процес, васкулярне захворювання, пухлинні процеси тощо) або нещасним випадком та зафіксована відповідними медичними документами.

Діагноз захворювання повинен підтверджуватись відповідними діагностичними обстеженнями (аудиограма та інші).

2.8.3. Додаткове Страхове покриття для дітей Застрахованої особи.

Додаткове Страхове покриття на випадок діагностування певної важкої хвороби також поширюється на біологічних або усиновлених дітей Застрахованої особи у віці від 3 до 16 років. При цьому виплата Страхової суми здійснюється виключно за одним Страховим випадком, що трапився із кожною дитиною Застрахованої особи окремо, за весь строк дії Договору страхування. Розмір Страхової суми на випадок діагностування певної важкої хвороби у біологічної або усиновленої дитини становить 25% від встановленої за Договором страхування Страхової суми на випадок діагностування певної важкої хвороби Застрахованої особи, однак не більше \$ 4.000,- (доларів США) або 40 000,00 грн. Всі страхові виплати на випадок діагностування певної важкої хвороби у дитини здійснюються в межах Страхової суми встановленої за Договором страхування на випадок діагностування певної важкої хвороби Застрахованої особи.

Додаткове Страхове покриття розповсюджується на певні важкі хвороби дитини:

- Карцинома,
- Хронічна ниркова недостатність,
- Пересадка органів,
- Параліч,
- Втрата зору,
- Заміна клапанів серця (вальвулярна заміна),
- Доброякісна пухлина мозку,
- Кома,
- Втрата кінцівок,
- Важка травма голови,
- Важкі опіки,
- Глухота.

Страхова виплата за додатковим страхуванням дитини здійснюється у разі діагностування певної важкої хвороби, але не раніше, ніж через тридцять днів після встановлення діагнозу та за умови, що за цей строк застрахована дитина не помирає. Виплата Страхової суми за Страховим випадком, пов'язаним із дитиною, не змінює умов Договору страхування та/або розмір Страхової суми по відношенню до Застрахованої особи.

У разі якщо, дитина застрахована за двома чи більше Договорами страхування, наприклад, за Договорами страхування кожного з обох батьків, то відповідна Страхова виплата здійснюється за кожним Договором страхування. Страхове покриття не розповсюджується на випадки, пов'язані із операціями та захворюваннями/хворобами, що спостерігались у дитини до початку дії Договору страхування.

2.8.4. Початок та термін дії Страхового покриття.

Страхове покриття по відношенню до певних важких хвороб зазначених у пунктах 2.8.2.2, 2.8.2.3, 2.8.2.5, 2.8.2.6, 2.8.2.7, 2.8.2.10, 2.8.2.11, 2.8.2.12, 2.8.2.14, 2.8.2.15 починає діяти не раніше, ніж через шість місяців (період очікування) з дати, яка зазначена у Договорі страхування, як початок дії Страхового покриття.

Страхове покриття по відношенню до певних важких хвороб зазначених у пунктах 2.8.2.1, 2.8.2.4, 2.8.2.8, 2.8.2.9, 2.8.2.13, 2.8.2.16, 2.8.2.17, 2.8.2.18, 2.8.2.19, 2.8.2.20 починає діяти не раніше, ніж через три місяці (період очікування) з дати, яка зазначена у Договорі страхування, як початок дії Страхового покриття.

Період очікування розпочинається повторно:

- при кожному поновленні дії Договору страхування, яке має місце після того, як Договору страхування було надано статус "Договір страхування без премії" або Договір страхування було повністю чи частково припинено у відповідності до пунктів 2.2.3 та 2.2.4 Правил;
- при кожному збільшенні розміру Страхової суми по відношенню тільки до різниці між попередньою та новою Страховою сумою.

Страхове покриття на випадок діагностування певних важких хвороб триває до моменту прийняття першого рішення Страховиком про здійснення Страхової виплати (такого, що приймається вперше після укладення Договору страхування) за першим страховим випадком діагностування певної важкої хвороби, але не пізніше до 24:00 години дня, зазначеного у Договорі страхування, як дата закінчення строку його дії.

2.8.5. Недостовірність та некоректність наданої інформації.

Окрім обов'язків Страхувальника надавати достовірну та правдиву інформацію при укладанні Договору страхування, зазначених у пункті 1.6.2.3 Правил, додатково узгоджується наступне:

2.8.5.1. Страхувальник зобов'язується правильно та в повному обсязі надавати відповіді на питання у Заяві на страхування стосовно стану здоров'я Застрахованої особи. При цьому, до моменту прийняття рішення Страховиком щодо укладення Договору страхування, Страхувальником мають бути письмово повідомлені Страховику всі обставини, які можуть мати вплив на прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, зокрема, але не обмежуючись, такі як:

- хронічні захворювання, психічні розлади, тривалі або ж часті перепади в показниках кров'яного тиску, холестерину, цукру та інші пов'язані з цими порушеннями показники, не залежно від того, чи зверталась Застрахована особа з цих приводів до лікаря;
- існуючі захворювання чи хвороби, існування яких може підозрюватись, та які можуть впливати на виникнення та прогресію однієї із певних важких хвороб, що зазначені у даних Правилах;
- всі медичні обслідування та процедури, які рекомендовані лікарем Застрахованій особі протягом шести місяців до дати заповнення Страхувальником Заяви на страхування та які можуть бути пов'язані з діагностуванням або розвитком однієї з важких хвороб, зазначених в даних умовах. При цьому, не має значення, якими були результати даних обслідувань та чи проходила їх Застрахована особа взагалі.

2.8.5.2. Якщо з моменту подання Заяви на страхування та до моменту видачі страхового полісу стан здоров'я Застрахованої особи змінюється, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повідомити про це Страховика у письмовому вигляді протягом двох календарних днів з моменту зміни стану здоров'я.

Недотримання умов, зазначених у пунктах 2.8.5.1 та 2.8.5.2, означатиме навмисне надання недостовірної інформації чи її замовчування. Якщо після укладання Договору страхування але до моменту отримання страхового полісу Страхувальником, Страховиком була отримана/встановлена інформація про стан здоров'я Застрахованої особи, наявність якої на момент прийняття рішення щодо укладення Договору страхування могла б призвести до відмови Страховика в укладанні Договору страхування або одна із зазначених у цих Правилах певних важких хвороб була діагностована у Застрахованої особи до початку дії Договору страхування, Страховик має право вимагати визнати останній недійсним.

2.8.6. Виключення із Страхового випадку «діагностування певної важкої хвороби» та обмеження страхування.

2.8.6.1. Розмір Страхової виплати обмежується зазначеною в страховому полісі Викупною сумою та сумою резерву бонусів по цьому Договору страхування (у випадку із дитиною Застрахованої особи - у розмірі 25% Викупної суми та суми резерву бонусів, але не більше \$ 4.000,- (доларів США) або 40.000 грн.), який розраховується за правилами, викладеними у пункті 2.6 цих Правил, якщо Страховий випадок трапився внаслідок:

- безпосередніх або опосередкованих наслідків військових дій не залежно від того, було чи ні об'явлено про початок останніх;
 - тероризму;
 - безпосередніх або опосередкованих наслідків громадських заворушень в разі, якщо Застрахована особа приймала активну участь у заворушеннях;
 - землетрусів та інших форс-мажорних випадків;
 - безпосереднього або опосередкованого впливу радіоактивних речовин чи іншого іонізуючого опромінення;
 - вчинення чи спроби вчинення протиправних дій;
 - виконання медичного операційного втручання за безпосереднім бажанням Застрахованої особи чи Страхувальника, а не за медичною необхідністю;
 - перебування Застрахованої особи в регіонах із специфічними кліматичними умовами (наприклад, участь у наукових експедиціях);
 - навмисних дій або бездіяльності Страхувальника/Застрахованої особи, в тому числі, але не виключно, дій, які спрямовані на настання страхового випадку, як наслідку вчинення Страхувальником/Застрахованою особою навмисного злочину, спроби самогубства та навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень;
 - ятрогенних причин;
 - нещасного випадку при використанні повітряних транспортних засобів, парашутів та інших повітряних суден. На відміну від цих положень Страхова виплата здійснюватиметься у повному обсязі, якщо Страховий випадок трапиться із Застрахованою особою - пасажиром повітряного транспортного засобу при перельотах на громадських авіалініях;
 - нещасного випадку при участі у мотоциклетних видах спорту, автомобільних змаганнях, відповідних тренувальних заїздів не залежно від того, у якій ролі виступала на них Застрахована особа (пілот, учасник, інший офіційний представник);
 - виконання небезпечних видів спорту чи змагань (альпінізм, вільний альпінізм, бейзджампінг, банджиджампінг, бойові види спорту, верхова їзда, пірнання, стрибки у воду з висоти вище 10 метрів, спелеологія та інші);
 - під час занять аматорськими видами спорту на непрофесійному рівні у період дозвілля (наприклад: спорт із використанням наземних, повітряних, водних транспортних засобів (як, наприклад, водний мотоцикл), дайвінг, каякінг тощо);
 - керування Застрахованою особою транспортним засобом без належного дозволу на керування або без нагляду кваліфікованого інструктора. Страховик не звільняється від обов'язку здійснення Страхової виплати, якщо Застрахована особа зможе довести, що відсутність у неї права на керування транспортним засобом або без нагляду кваліфікованого інструктора не мала жодного впливу на настання нещасного випадку;
 - доведеного взаємозв'язку між причиною нещасного випадку та перебуванням Застрахованої особи у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Вважається, що Страховий випадок був спричинений тим, що Застрахована особа знаходилась у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння у випадку, якщо:
 - стан алкогольного сп'яніння доказано проведеним тестом на наявність алкоголю в крові та рівень алкоголю при цьому становив більше 0,5 г/кг (0,5‰), якщо Застрахована особа керувала водним, повітряним чи наземним транспортним засобом; для всіх інших випадків рівень алкоголю в крові може становити 1 г/кг (1‰) і більше;
 - стан алкогольного сп'яніння доказано за допомогою тесту на алкоголь та Застрахована особа не бажала провести додатковий аналіз крові для визначення рівня алкоголю;
 - Застрахована особа відмовилась пройти тест на наявність алкоголю чи наркотичних речовин у крові.
 - зловживання алкоголем, наркотичними речовинами чи медикаментами (крім медикаментів, що були призначені лікарем);
 - навмисного спричинення або виклику захворювання/хвороби, навмисного впливу на фізичний чи психічний стан організму, навмисної спроби самогубства чи каліцтва;
 - опромінення нейтронним, мікрохвильовим, лазерним чи штучними ультрафіолетовим променем потужністю не менше 100 eV (крім випадків, коли відповідне опромінення було призначено лікарем для медичного лікування);
 - безпосереднього або опосередкованого впливу ВІЛ/СНІД захворювання.
- 2.8.6.2. Страхова виплата може здійснюватись за умовами вищезазначених виключень, коли такі особливі умови були додатково узгоджені сторонами Договору страхування, що оформлено документально, та Страхувальником було сплачено збільшену Страхову премію.
- 2.8.6.3. Страховик звільняється від обов'язку здійснення Страхової виплати у разі, якщо:
- Вигодонабувач (третя особа, яка не є Страхувальником чи Застрахованою особою) навмисно спричинив настання Страхового випадку;
 - Страхувальник/Вигодонабувач/Застрахована особа обманним шляхом спричинили настання Страхового випадку, підробили медичні документи, подали неправдиву заяву про Страховий випадок, надали невірні дані Страховику, лікарю чи свідчення на судовому засіданні.

2.8.7. Повідомлення про Страховий випадок «діагностування певної важкої хвороби».

Страховальник або Застрахована особа, зобов'язаний письмово сповістити Страховика про Страховий випадок не пізніше, ніж через три місяці після його настання. Страховальник надає Страховику:

- детальний опис обставин настання Страхового випадку;
- копії всіх медичних документів, що відображали б перебіг лікування (медичні висновки, історії хвороби, виписки та інші).

Страховик має право вимагати:

- проходження додаткового медичного огляду чи діагностичних процедур Застрахованої особи чи її дитини за рахунок Страховальника;
- проходження додаткового медичного огляду чи діагностичних процедур Застрахованої особи чи її дитини у медичному закладі, визначеному Страховиком та за його рахунок;
- отримання копії історії хвороби Застрахованої особи чи її дитини;
- підтвердження діагнозу у медичному закладі на території України за кошт Страховальника, якщо діагностування певної важкої хвороби здійснено за межами території України.

Страховальник/Застрахована особа зобов'язана надати Страховику:

- повноваження звертатись від імені Застрахованої особи до лікарів, медичних та державних установ, інших Страховиків з метою отримання інформації та документації, яка може стосуватись обставин Страхового випадку та/або лікування, отриманого Застрахованою особою чи її дитиною; при необхідності надати письмову довіреність для отримання таких документів;
- історію хвороби Застрахованої особи чи її дитини (за вимогою Страховика).

РОЗДІЛ 3. УМОВИ ДОДАТКОВОГО СТРАХУВАННЯ РИЗИКУ СМЕРТІ

(Додаткове страхування)

3.1. Страховий випадок.

3.1.1. Страховим випадком за Додатковим страхуванням ризику смерті є смерть Застрахованої особи, яка сталася в період, коли премії за Головним страхуванням були сплачені у повному обсязі. У цьому випадку Страховик виплачує Страхову суму, передбачену Договором страхування життя за Головним страхуванням, та Страхову суму за Додатковим страхуванням ризику смерті.

3.1.2. Страхова сума за Додатковим страхуванням ризику смерті має бути сплачена протягом двох тижнів з моменту надання всіх необхідних документів (доказів) навіть у випадку, коли страхова виплата за Головним страхуванням має здійснюватись пізніше. Страхова сума за Додатковим страхуванням ризику смерті сплачується в порядку, передбаченому п. 1.5 цих Правил.

3.2. Ліміт страхової суми.

Розмір страхової суми за Додатковим страхуванням ризику смерті не може бути більше потрійної Страхової суми, встановленої для Головного страхування.

3.3. Закінчення страхового покриття.

Якщо дія Головного страхування припиняється, або перетворюється в "страхування без премій" до закінчення передбаченого періоду сплати премій по Договору страхування, Страховальник звільняється від обов'язку сплачувати премії, а Страховик звільняється від зобов'язань щодо виплати Страхової суми по Додатковому страхуванню ризику смерті.

3.4. Права Страховальника щодо дострокового припинення дії Додаткового страхування ризику смерті.

3.4.1. Страховальник може в будь-який час відмовитись від Додаткового страхування ризику смерті, попередивши Страховика про це у встановлений законодавством термін, але в будь-якому випадку дія Додаткового страхування ризику смерті припиняється лише з початком наступного страхового періоду.

3.4.2. Припинення Додаткового страхування ризику смерті не передбачає виплати Викупної суми.

3.5. Участь у резервах бонусів.

Додаткове страхування ризику смерті не передбачає участі у резервах бонусів.

3.6 Дія положень розділів 1 і 2 Правил.

Положення пунктів 1.1-1.13 Розділу 1 (Загальні положення) та положення пунктів 2.1-2.7 розділу 2 (Умови страхування життя (Головне страхування) цих Правил застосовуються відповідним чином при Додатковому страхуванні ризику смерті, якщо інше не обумовлене окремими положеннями цього розділу.

РОЗДІЛ 4. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ ДОДАТКОВОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ

(Додаткове страхування)

4.1. Страховий ризик.

4.1.1. Страхові виплати базуються на положеннях пунктів 4.6 та 4.7 цих Правил та умовах Договору страхування.

4.1.2. Страховим ризиком вважається настання нещасного випадку, у відповідності до пункту 4.2 цих Правил.

4.1.3. Дія страхування від нещасного випадку поширюється на всі країни земної кулі.

4.1.4. Страховими вважаються ті нещасні випадки, які трапились під час дії Страхового покриття (п. 1.9 цих Правил).

4.2. Поняття нещасного випадку.

4.2.1. Нещасним випадком, згідно цих Правил, вважається незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка пов'язана з раптовою механічною чи хімічною дією ззовні на організм Застрахованої особи та тягне за собою тілесні ушкодження або смерть.

4.2.2. Нещасним випадком також вважаються наступні незалежні від волі Застрахованої особи події:

- втоплення;
- одержання опіків, ураження блискавкою чи дією електричного струму;
- отруєння газами чи випарами через органи дихання, потрапляння в організм отруйних або їдких речовин, за винятком випадків, коли вплив таких речовин (газових випарів) відбувався поступово;
- переломи кісток, вивихи суглобів, розтягнення та розрив м'язів, сухожиль, капсул, сполучної тканини кінцівок та хребта внаслідок раптового відхилення від запланованого перебігу процесу пересування.

4.2.3. Хвороби не вважаються нещасними випадками.

4.2.4. Інфекційні захворювання не вважаються наслідками нещасного випадку.

4.2.5. Страхове покриття поширюється на нещасні випадки, які трапилися із Застрахованими особами - пасажирками моторних літаків, які були допущені для перевезення людей у встановленому законодавством порядку. Пасажиром вважається особа, яка не знаходиться в причинно-наслідковому зв'язку з експлуатацією засобів повітряного транспорту, не є членом екіпажу літака і не займається професійною діяльністю з використанням повітряного транспорту.

4.3. Обмеження, щодо осіб, які підлягають Додатковому страхуванню на випадок нещасного випадку.

Щодо особи, яка не підлягає страхуванню, згідно з п. 1.2.4. цих Правил Додаткове страхування від нещасного випадку не укладається. Якщо під час дії Договору страхування Застрахована особа стала особою, яка не підлягає страхуванню згідно з п. 1.2.4. цих Правил, Страхове покриття за Головним страхуванням щодо даної Застрахованої особи припиняється. Одночасно з цим припиняється дія Додаткового страхування щодо даної особи.

4.4. Нещасні випадки, на які не поширюється дія Договору страхування. Виключення із Страхових випадків.

4.4.1. Не вважаються страховими випадками, нещасні випадки, які трапились із Застрахованою особою:

- при стрибках з парашутом, а також при користуванні засобами повітряного транспорту, крім випадків, які відповідають вимогам п. 4.2.5. цих Правил;
- при участі в спортивних змаганнях з використанням транспортних засобів (в тому числі відбіркових змаганнях і ралі) та тренувальних заїздах цих змагань;
- при участі в регіональних, федеральних та міжнародних лижних змаганнях (біг на лижах, стрибки на лижах з трампліна), змаганнях з бобслею та ін. (скібоб, скелетон), а також при участі в тренуваннях перед цими змаганнями;
- при спробі здійснити навмисно карний вчинок або при здійсненні дій, які переслідуються законом;
- через безпосередній або опосередкований вплив (дію):
 - військових дій будь-якого характеру, з оголошенням стану війни чи без нього, насильницьких дій держави, терористичних організацій;
 - заворушень всередині країни, громадянської війни, революції, виступів протесту, повстань;
 - усіх військових та адміністративних заходів, що пов'язані з вищенаведеними подіями;
 - атомної енергії, радіоактивних ізотопів чи іонізуючого випромінювання;
- внаслідок інфаркту міокарду чи інсульту; інфаркт не вважається ні в якому разі наслідком нещасного випадку;
- через розлади в свідомості Застрахованої особи або внаслідок впливу на її свідомість алкоголю, наркотичних отруйних речовин чи медикаментів;
- через тілесні ушкодження внаслідок лікувальних процедур та оперативного втручання, які проводяться Застрахованою особою самостійно або ким-небудь за її дозволом, якщо необхідність проведення цих дій не була викликана Страховим випадком; якщо причиною цих дій був Страховий випадок, вищенаведені положення цього пункту не застосовуються;
- водієм транспортного засобу, при керуванні ним транспортним засобом без відповідних прав на керування цим транспортним засобом, визначених законом;
- пасажиром транспортного засобу, водій якого мав психічний розлад чи знаходився під значним впливом алкоголю, наркотиків чи медикаментів, за винятком переміщення Застрахованої особи у якості пасажирів платним транспортом загального призначення;

4.4.2. Не вважається нещасним випадком подія, коли Застраховану особу внаслідок здійснення карних дій було засуджено до смертної кари і вирок виконано.

4.4.3. Не вважається нещасним випадком подія, коли Застрахована особа загинула або отримала інвалідність, внаслідок вчинення карних дій третьою особою щодо неї.

4.4.4. Крім того, дія Страхового покриття не поширюється на ті наслідки нещасних випадків, які є результатом несвоєчасного звернення Застрахованої особи після нещасного випадку за лікарською допомогою без поважних на це причин, небажання продовжувати лікування до закінчення процесу одужання та турбуватися про належний стан здоров'я, невжиття Застрахованою особою заходів щодо попередження чи зменшення наслідків нещасного випадку.

4.5. Суттєві обмеження дії Страхового покриття.

4.5.1. Страхова виплата здійснюється лише за наслідки, викликані нещасним випадком (тілесне ушкодження, смерть).

4.5.2. При визначенні ступеня інвалідності сума Страхових виплат лише тоді зменшується на суму, пов'язану з інвалідністю, що мала місце ще до настання нещасного випадку, якщо внаслідок нещасного випадку у Застрахованої особи постраждали психічні чи фізичні функції, які були уражені вже до настання нещасного випадку. Ступень інвалідності, що мала місце до настання нещасного випадку, визначається у відповідності до пункту 4.6. цього розділу.

4.5.3. Якщо хвороби чи недуги, що існували до настання нещасного випадку, вплинули на наслідки цього випадку, Страхова сума зменшується відповідно до частки цих захворювань чи недугів, якщо ця частка становить мінімум 25%.

4.5.4. За органічні порушення в нервовій системі Страхова виплата здійснюється залежно від того, коли і в якій мірі ці порушення викликані органічними пошкодженнями внаслідок нещасного випадку. Психічні порушення (неврози, психоневрози) не вважаються наслідками нещасного випадку.

4.5.5. За пошкодження дисків хребта Страхова виплата здійснюється лише тоді, коли воно викликане безпосереднім механічним впливом на хребет, а не є результатом загострення хворобливих явищ, які існували ще перед нещасним випадком.

4.5.6. За перфорацію в області черевної порожнини виплачується Страхова сума лише в разі її виникнення внаслідок зовнішнього механічного впливу, а не в результаті внутрішніх для організму причин.

4.6. Тривала інвалідність внаслідок нещасного випадку як Страховий випадок.

4.6.1. Якщо протягом одного року з моменту настання нещасного випадку у Застрахованої особи в результаті нещасного випадку встановлена тривала інвалідність, Страховик здійснює Страхову виплату у розмірі, який відповідає ступеню тривалої інвалідності (ступеню втрати працездатності). Ступень втрати працездатності визначається лікарями-експертами Страховика.

4.6.2. Для визначення ступеню втрати працездатності використовуються нижченаведені норми:

4.6.2.1. При повній втраті органа чи повній втраті функції:

однієї руки	70 %
однієї кисті руки	60 %
одного великого пальця руки	20 %
одного вказівного пальця руки	10 %
одного іншого, аніж вказівний, пальця руки	5 %
однієї ноги	70 %
однієї ступні	50 %
одного великого пальця ноги	5 %
одного іншого, аніж великий, пальця ноги	2 %
зору на обох очах	100 %
зору на одне око	35 %
зору на одне око, коли зір на інше був втрачений до настання страхового випадку	65 %
слуху на обидва вуха	60 %
слуху на одне вухо	15 %
слуху на одне вухо, коли слух на інше вже був втрачений до настання страхового випадку	45 %
нюху	10 %
смаку	5 %

4.6.2.2. При частковій втраті наведених вище частин тіла, органів або частковій втраті функцій органів, норми пункту 4.6.2.1. цих Правил застосовуються пропорційно ступеню втрати. При обмеженні функцій рук чи ніг норми пункту 4.6.2.1. цих Правил застосовуються пропорційно ступеню обмеження.

4.6.3. Якщо ступінь втрати працездатності не визначається за допомогою положень пункту 4.6.2. цих Правил, ступінь порушення фізичних чи розумових функцій оцінюється за допомогою медичної експертизи.

4.6.4. Проценти, отримані в результаті застосування положень пунктів 4.6.2. і 4.6.3. цих Правил додаються. Однак, слід пам'ятати, що сумарна ступінь втрати працездатності не може перевищувати 100%.

4.6.5. Протягом першого року після нещасного випадку Страхова сума за інвалідністю виплачується лише в тому разі, коли вид та обсяг наслідків нещасного випадку чітко визначено з медичної точки зору.

4.6.6. Якщо ступінь тривалої інвалідності однозначно не визначається, Страховик та Страхувальник мають право щорічно протягом 4 років після настання нещасного випадку ініціювати визначення ступеню інвалідності, зокрема, через 2 роки після нещасного випадку також із залученням медичної експертної комісії. Якщо в результаті такого остаточного визначення ступеню інвалідності буде встановлена більша Страхова сума за інвалідністю, ніж виплатив Страховик, він зобов'язаний сплатити різницю протягом одного місяця з моменту встановлення ступеню інвалідності.

4.6.7. У випадку смерті Застрахованої особи:

4.6.7.1. протягом одного року після та внаслідок настання нещасного випадку Страхова виплата за інвалідністю від нещасного випадку не виплачується.

4.6.7.2. з причин, не пов'язаних з нещасним випадком, протягом одного року після нещасного випадку Страхова виплата за інвалідністю від нещасного випадку підлягає сплаті, причому розмір виплати визначається ступенем тривалої інвалідності, який можна було очікувати на підставі останнього лікарського обстеження.

4.6.7.3. з причин, викликаних нещасним випадком або з причин, не пов'язаних з ним, пізніше, ніж через рік після нещасного випадку, Страхова виплата за інвалідністю від нещасного випадку також підлягає сплаті, причому розмір Страхової виплати визначається ступенем тривалої інвалідності, який можна було очікувати на підставі результатів останнього лікарського обстеження.

4.7. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку як Страховий випадок.

4.7.1. Якщо протягом року після настання нещасного випадку як його наслідок настає смерть Застрахованої особи, Страховик здійснює страхову виплату, передбачену Додатковим страхуванням на випадок смерті внаслідок нещасного випадку.

4.7.2. Якщо протягом року після настання нещасного випадку як його наслідок настає смерть Застрахованої особи, при цьому Страховиком вже була здійснена Страхова виплата за Страховим випадком «Інвалідність внаслідок нещасного випадку» цієї Застрахованої особи, то Страхова виплата за Страховим випадком «Смерть внаслідок нещасного випадку» зменшується на суму Страхової виплати, яка вже була здійснена Страховиком за Страховим випадком «Інвалідність внаслідок нещасного випадку». При цьому, якщо здійснена страхова виплата за Страховим випадком «Інвалідність внаслідок нещасного випадку» перевищує страхову виплату за Страховим випадком «Смерть внаслідок нещасного випадку», Страховик не може вимагати повернення різниці між вказаними сумами Страхових виплат.

4.8. Дії при розбіжностях думок (медична експертна комісія).

4.8.1. При розбіжностях думок щодо характеру та обсягу наслідків нещасного випадку чи щодо того, в якому обсязі негативні прояви, що спостерігаються, мають відношення до страхового випадку, а також щодо впливу захворювань та недугів здоров'я на наслідки нещасного випадку, в тому числі щодо випадку, передбаченого пунктом 4.6.6. цих Правил, рішення приймає медична експертна комісія.

4.8.2. При наявності розбіжності думок, як це передбачено пунктом 4.8.1. цих Правил, Страхувальник має право протягом 6 місяців з дати одержання рішення Страховика щодо здійснення та розміру Страхової виплати, подати обґрунтовані заперечення на вказане рішення та вимагати скликання медичної експертної комісії.

4.8.3. Право вимагати скликання медичної експертної комісії для прийняття необхідного рішення має також Страховик.

4.8.4. До складу медичної експертної комісії входять три лікарів першої або вищої категорії. При цьому один із них призначається Страховиком, другий - Страхувальником. Третій лікар призначається за взаємною згодою обох вищезазначених лікарів перед початком їх сумісної роботи для виконання обов'язків Голови комісії на випадок, коли думки обох лікарів не співпадуть повністю чи частково. Остаточне рішення приймається Головою комісії на підставі експертних висновків, складених двома вищезазначеними лікарями.

4.8.5. Застрахована особа зобов'язана пройти медичне обстеження лікарями медичної експертної комісії та пройти всі процедури, які ця комісія вважає необхідними.

4.8.6. Медична експертна комісія повинна скласти протокол своєї діяльності, якій має містити письмове обґрунтування рішення. При розбіжності думок кожен лікар повинен внести в протокол свій висновок. Якщо остаточне рішення приймається Головою комісії, то воно має бути внесене до протоколу разом з обґрунтуванням. Всі документи, що пов'язані із роботою комісії та складені нею зберігаються у Страховика.

4.8.7. Медична експертна комісія, згідно свого рішення, розподіляє всі витрати, пов'язані з її роботою, між Страховиком та Страхувальником пропорційно розміру задоволення їх вимог. У випадку, передбаченому пунктом 4.6.6. цих Правил, витрати несе сторона, яка ініціювала скликання медичної експертної комісії з метою перегляду висновку.

4.9. Припинення дії Додаткового страхування.

4.9.1. Після настання страхового випадку Страховик може припинити дію Додаткового страхування від нещасного випадку, коли він визнав вимогу про страхову виплату або здійснив її виплату, а також у випадку, коли Страхувальник вимагає здійснення Страхової виплати шляхом вчинення неправомірних дій з метою отримання такої виплати.

4.9.2. Дія страхового покриття за Додатковим страхуванням від нещасного випадку припиняється протягом місяця:

• після визнання вимог щодо Страхової виплати;

• після здійснення Страхової виплати;

• після відхилення вимоги щодо здійснення Страхової виплати, якщо вимога пов'язана із вчиненням Страхувальником шахрайських дій з метою отримання такої виплати.

Дія Додаткового страхування від нещасного випадку припиняється лише за умови попередження про це Страхувальника за один місяць до моменту припинення.

4.9.3. Страховик має право припинити дію Додаткового страхування від нещасного випадку водночас із пред'явленням Страхувальником вимоги про здійснення Страхової виплати, шляхом вчинення неправомірних дій з метою отримання такої виплати.

4.10. Зміна професійної діяльності чи роду занять Застрахованої особи.

4.10.1. У разі зміни професії чи роду занять Застрахованої особи, вказаних при укладенні Договору страхування, Страхувальник зобов'язаний повідомити про це Страховика протягом 1 календарного тижня з моменту відповідної зміни. Призов на строкову військову службу не вважається зміною професійної діяльності чи роду занять.

4.10.2. Якщо у зв'язку з новою професійною діяльністю чи родом занять Застрахованої особи Страховальник має сплачувати Страхові премії меншого розміру та/або Страхова сума за визначеною у Договорі страхування Страховою премією має бути збільшена, відповідні зміни зазначаються у Додатку до діючого Договору страхування та набувають чинності у відповідності до умов, зазначених у цьому Додатку.

4.10.3. Якщо при зміні професії чи роду занять Застрахованої особи виявиться, що Страхова премія має бути вищою, то протягом 3 місяців, починаючи з моменту, коли Страховику повинно було б надійти повідомлення про зміну, Страхове покриття повністю поширюється також і на нову професію чи рід занять. Якщо після цих 3 місяців настане Страховий випадок, пов'язаний з новою професією чи родом занять, а домовленість про сплату вищої Страхової премії ще не була досягнута, то Страховими сумами за Додатковим страхуванням від нещасних випадків вважаються такі суми, які відповідають Страховим преміям, визначеним у Договорі страхування та розмірам страхових Тарифів, які застосовуються для нової професії чи роду занять Застрахованої особи.

4.11. Дії Страховальника (Вигодонабувача) в разі настання Страхового випадку.

4.11.1. Для Страховальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача і кожного, хто має право висувати Страховику вимоги про здійснення Страхової виплати, діють такі правила:

4.11.1.1. повідомити Страховика про нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою негайно, але не пізніше, ніж через 5 днів з моменту настання нещасного випадку;

4.11.1.2. Страховику дозволяється організувати огляд та розтин тіла медичними спеціалістами, а також, в разі необхідності, організувати процес ексгумації;

4.11.1.3. після одержання від Страховика форми про нещасний випадок необхідно протягом одного робочого дня заповнити її і повернути Страховику. Крім того, Страховику необхідно надати медичний висновок, свідоцтво про смерть та інші документи, пов'язані із Страховим випадком, а також правдиво надавати всю довідкову інформацію, яка вимагається Страховиком та яка є необхідною для прийняття Страховиком рішення щодо здійснення Страхової виплати за Додатковим страхуванням від нещасного випадку.

4.11.1.4. на запит Страховика надати всю необхідну медичну документацію, що стосується Застрахованої особи, від лікарів та лікувальних закладів, які здійснювали медичне обстеження або лікування Застрахованої особи та яка необхідна для здійснення Страхової виплати. На вимогу Страховика, уповноважити представника Страховика та/або лікарів та лікарські заклади на надання чи на отримання такої інформації.

4.11.2. Настання нещасного випадку повинно бути підтверджене достовірними документами, які видані компетентними органами, установами відповідно до чинного законодавства (медична установа, суд, органи ДАІ, МВС, РАГС тощо), подані в обсязі згідно з вимогою Страховика, оформлені і засвідчені належним чином.

4.11.3. Страховик може вимагати, щоб Застрахована особа пройшла обстеження у лікарів, призначених Страховиком. Якщо вимоги положень пунктів 4.11.1.- 4.11.2. цих Правил невиконані, і через це не з'ясовані відповідні обставини необхідні для прийняття Страховиком рішення про здійснення Страхової виплати, Страховик може прийняти рішення про відмову у Страховій виплаті.

4.12. Додаткові підстави відмови у Страховій виплаті.

4.12.1. Страховик має право прийняти рішення щодо відмови у здійсненні Страхової виплати у разі:

4.12.1.1. якщо нещасний випадок із Застрахованою особою стався внаслідок навмисних протизаконних дій, вчинених Страховальником;

4.12.1.2. якщо нещасний випадок із Застрахованою особою стався внаслідок навмисних протизаконних дій, вчинених Вигодонабувачем. При цьому право на одержання Страхової виплати переходить до Страховальника;

4.12.1.3. якщо нещасний випадок стався внаслідок дій, вчинених Застрахованою особою, щодо себе самої.

4.12.2. Страховик має право прийняти рішення щодо відмови у здійсненні Страхової виплати також в інших випадках, передбаченими цими правилами.

РОЗДІЛ 5. УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК СМЕРТІ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ

(Додаткове страхування)

5.1. Страховий випадок. Страхова виплата. Страхове покриття.

5.1.1. Додатково до Страхової виплати за Головним страхуванням Страховик здійснює страхову виплату при настанні страхового випадку за цим Додатковим страхуванням за наступних умов:

• смерть Застрахованої особи настала через нещасний випадок та протягом одного року після нього;

• смерть Застрахованої особи настала до досягнення нею 75 років;

• смерть Застрахованої особи настала в період, за який страхові премії за Головним страхуванням були сплачені.

5.1.2. Страхова виплата по даному Додатковому страхуванню має бути здійснена Страховиком у порядку та у строки, передбачені п. 1.5. цих Правил. Страхова виплата за цим Додатковим страхуванням здійснюється у строки, передбачені п. 1.5. цих Правил і в тому випадку, коли Страхова виплата по Головному страхуванню має бути здійснена пізніше.

5.1.3. Страхове покриття за Додатковим страхуванням на випадок смерті від нещасного випадку діє доти, доки діє відповідне Головне страхування.

5.1.3.1. Якщо дія Головного страхування припиняється, або перетворюється в "страхування без премій" до закінчення передбаченого періоду сплати премій по Договору страхування, Страховальник звільняється від обов'язку сплачувати премії, а Страховик звільняється від зобов'язань щодо виплати Страхової суми по Додатковому страхуванню на випадок смерті від нещасного випадку.

5.1.3.2. Перетворити Додаткове страхування на випадок смерті від нещасного випадку в «страхування без премій» неможливо. Припинення Додаткового страхування на випадок смерті від нещасного випадку не передбачає виплату Викупної суми. Додаткове страхування на випадок смерті від нещасного випадку не передбачає участі у резервах бонусів.

5.1.3.3. Страховальник може в будь-який час відмовитись від Додаткового страхування на випадок смерті від нещасного випадку, попередивши Страховика у встановлений законодавством термін, але в будь-якому випадку дія Додаткового страхування на випадок смерті від нещасного випадку припиняється лише з початком наступного страхового періоду.

5.2. Дія положень розділу 4 Правил.

Дія положень пунктів 4.1.-4.4. та пунктів 4.7.-4.12. Розділу 4 цих Правил (Загальні умови Додаткового страхування від нещасного випадку) поширюється також на Додаткове страхування на випадок смерті від нещасного випадку, як описано в цьому розділі.

5.3. Дія положень розділів 1 і 2 Правил.

Положення пунктів 1.1.-1.13. Розділу 1 (Загальні положення) та положення пунктів 2.1.-2.7. Розділу 2 цих Правил (Умови страхування життя (Головне страхування)) застосовуються відповідним чином для Додаткового страхування на випадок смерті від нещасного випадку, якщо інше не обумовлене положеннями цього розділу.

РОЗДІЛ 6. УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ТРИВАЛОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ

(Додаткове страхування)

6.1. Страхова виплата. Страховий випадок. Страхове покриття.

6.1.1. Страховик здійснює Страхову виплату за цим Додатковим страхуванням при настанні Страхового випадку за наступних умов:

- із Застрахованою особою трапився нещасний випадок;
- Страховий випадок трапився із Застрахованою особою до досягнення нею 75 років;
- нещасний випадок трапився в період, за який Страхові премії за Головним страхуванням були сплачені;
- в результаті нещасного випадку протягом одного року після нього була встановлена тривала інвалідність Застрахованої особи в розмірі не менше, ніж передбаченому Договором страхування.

6.1.2. Розмір Страхової виплати здійснюється в межах Страхової суми, передбаченої Договором страхування за цим Додатковим страхуванням та залежить від ступеня інвалідності.

6.1.3. У разі настання тривалої інвалідності в розмірі меншому ніж передбачений Договором страхуванням, Страхова виплата не здійснюється.

6.1.4. Якщо умовами Додаткового страхування передбачено здійснення Страхової виплати за умови встановлення Застрахованій особі інвалідності у розмірі не менше ніж 30% за наслідками нещасного випадку, який відповідає умовам, передбаченим п. 6.1.1. цих Правил, та у разі, якщо Застрахованій особі була встановлена інвалідність у зазначеному розмірі, то розмір Страхової виплати, який сплачується Застрахованій особі дорівнює відсотку від Страхової суми за цим Додатковим страхуванням, який відповідає відсотку встановленого ступеню інвалідності.

6.1.5. Якщо умовами Додаткового страхування передбачено здійснення Страхової виплати за умови встановлення Застрахованій особі інвалідності у розмірі не менше ніж 100 % за наслідками нещасного випадку, який відповідає умовам, передбаченим п. 6.1.1. цих Правил, та у разі, якщо Застрахованій особі була встановлена повна тривала інвалідність у зазначеному розмірі, то Страхова виплата, яка підлягає сплаті Застрахованій особі, дорівнює розміру страхової суми за цим Додатковим страхуванням, встановленої Договором страхування.

6.1.6. Якщо умови Додаткового страхування передбачають звільнення від сплати премій у разі встановлення Застрахованій особі інвалідності у розмірі не менше ніж 50% внаслідок нещасного випадку, який відповідає умовам, передбаченим п.6.1.1. цих Правил, Страхувальник звільняється від обов'язку сплачувати чергові премії за Головним страхуванням починаючи із страхового періоду, наступного за страховим періодом, в якому була встановлена така інвалідність. Якщо ступінь тривалої інвалідності, встановленої Застрахованій особі становить менше ніж 50%, звільнення від подальшої сплати чергових страхових премій не здійснюється. Страхова виплата за цим Додатковим страхуванням не здійснюється.

6.1.7. Страхове покриття по Додатковому страхуванню від нещасного випадку на випадок тривалої інвалідності діє доти, доки діє відповідне Головне страхування.

6.1.7.1. Якщо дія Головного страхування припиняється, або перетворюється в "страхування без премій" до закінчення передбаченого періоду сплати премій по Договору страхування, Страхувальник звільняється від обов'язку сплачувати премії, а Страховик звільняється від зобов'язань щодо виплати Страхової суми по Додатковому страхуванню від нещасного випадку на випадок тривалої інвалідності.

6.1.7.2. перетворити Додаткове страхування від нещасного випадку на випадок тривалої інвалідності в «страхування без премій» неможливо. Припинення Додаткового страхування від нещасного випадку на випадок тривалої інвалідності не передбачає виплату Викупної суми. Додаткове страхування від нещасного випадку на випадок тривалої інвалідності не передбачає участі у резервах бонусів.

6.1.7.3. Страхувальник може в будь-який час відмовитись від Додаткового страхування від нещасного випадку на випадок тривалої інвалідності, попередивши Страховика про це за три місяці, але в будь-якому випадку дія Додаткового страхування від нещасного випадку на випадок тривалої інвалідності припиняється лише з початком наступного страхового періоду.

6.2. Дія положень розділу 4 Правил.

Дія положень пунктів 4.1.-4.6. та 4.8.-4.12 Розділу 4 цих Правил (Загальні умови Додаткового страхування від нещасного випадку) поширюється на Додаткове страхування від нещасного випадку на випадок тривалої інвалідності, як описано в цьому розділі. Положення пункту 6.1. цього розділу розглядаються разом із пунктом 4.6. Розділу 4 цих Правил.

6.3. Дія положень розділів 1 і 2 Правил.

Положення пунктів 1.1.-1.13 Розділу 1 (Загальні положення) та положення пунктів 2.1.-2.7. Розділу 2 цих Правил (Умови страхування життя (Головне страхування)) застосовуються відповідним чином для Додаткового страхування на випадок тривалої інвалідності внаслідок нещасного випадку, якщо інше не обумовлене окремими положеннями цього розділу. У доповнення до положень пункту 1.12. цих Правил Вигодонабувачем по випадку тривалої інвалідності внаслідок нещасного випадку є Застрахована особа.

РОЗДІЛ 7. УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ У СТАЦІОНАР ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ АБО ХВОРОБИ (Додаткове страхування)

7.1. Страховий випадок та Страхове покриття.

7.1.1. Відповідно до цих Правил медично-необхідне стаціонарне лікування здійснюється медичними закладами або їх відділеннями за умовами, що в них налічується достатня кількість медичного діагностичного обладнання, які діють за офіційними та загальноприйнятими медичними стандартами та ведуть історії хвороб. Стаціонарним вважається лікування, яке вимагає перебування у медичному закладі не менше 24 годин на добу, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. Відповідно до цих Правил медичним закладами не вважаються реабілітаційні центри, лікарні відновного лікування, будинки престарілих, центри з нагляду за пацієнтами із хворобами легень та іншими невиліковними хворобами, пансіонати, курорти, лікарняні заклади для нервово-неврівноважених, психічнохворих та недієздатних пацієнтів, а також будь-які відділення цих установ.

7.1.2. Медично-необхідне стаціонарне лікування – медичні процедури та обстеження, які, з точки зору Страховика, вважаються медично-необхідними, а саме такі, що:

- надані у відповідності до уніфікованих клінічних протоколів;

- послідовні у частоті та тривалості, та надані медичними установами чи закладами будь-якої форми підпорядкування (державної чи приватної) які офіційно ліцензовані і акредитовані Міністерством охорони здоров'я України;
- відповідають діагнозу та стану здоров'я Застрахованої особи;
- вважаються безпечними, необхідними та ефективними для лікування або діагностики стану здоров'я або хвороби Застрахованої особи в клінічно контрольованих умовах.

Не вважається медично-необхідним стаціонарне перебування Застрахованої особи у медичному закладі внаслідок недостатнього догляду чи неможливості догляду на дому.

7.1.3. Відповідно до цих Правил медично-необхідне стаціонарне лікування здійснюється медичними закладами або їх відділеннями за умовами, що в них налічується достатня кількість медичного діагностичного обладнання, які діють за офіційними та загальноприйнятими медичними стандартами та ведуть історії хвороб. Стаціонарним вважається лікування, яке вимагає перебування у медичному закладі не менше 24 годин на добу, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. Відповідно до цих Правил медичним закладами не вважаються реабілітаційні центри, будинки престарілих, центри з нагляду за пацієнтами із хворобами легень та іншими невиліковними хворобами, пансіонати, курорти, лікарняні заклади для нервово-неврівноважених, психічнохворих та недієздатних пацієнтів, а також будь-які відділення цих установ.

7.1.4. Страховий випадок розпочинається з дати початку госпіталізації та закінчується з датою виписки з медичного закладу при відсутності подальшої необхідності у стаціонарному лікуванні згідно медичних висновків.

7.1.5. Якщо з'являється необхідність продовження стаціонарного лікування внаслідок хвороби чи нещасного випадку з причин, які не пов'язані з причинами попередньої госпіталізації, то в рамках даних Правил таке продовження стаціонарного лікування буде вважатись новим Страховим випадком.

7.1.6. Страхове покриття розпочинається з 00:00 годин дати, зазначеної у Договорі страхування як дата початку страхування, однак не раніше закінчення обумовленого періоду очікування та не раніше, ніж було сплачено першу страхову премію.

7.1.7. В разі затримки або припинення сплати Страхувальником чергової премії за Додатковим страхуванням на випадок госпіталізації у стаціонар внаслідок нещасного випадку або хвороби та відсутності заяви Страхувальника про розірвання Договору страхування, Додаткове страхування перетворюється в "страхування без премії". Дію Додаткового страхування може бути поновлено Страховиком за умови сплати Страхувальником існуючої заборгованості зі страхових премій, при цьому:

- заборгованість існує за один страховий період;
- сплата заборгованості проводиться протягом одного календарного року з дати її виникнення.

В інших випадках поновлення дії Додаткового страхування не відбувається.

7.2. Виключення із Страхових випадків. Період очікування.

7.2.1. До Страхових випадків не відноситься госпіталізація у стаціонар, яка:

- сталася до початку дії страхового покриття за Додатковим страхуванням на випадок госпіталізації у стаціонар внаслідок нещасного випадку або хвороби;
- викликана хворобою або наслідками нещасного випадку, що виникли до початку дії страхового покриття за Додатковим страхуванням на випадок госпіталізації у стаціонар внаслідок нещасного випадку або хвороби. При цьому наслідки вказаної хвороби або нещасного випадку призвели до необхідності стаціонарного лікування після початку дії такого страхового покриття;
- викликана хворобою або наслідками нещасного випадку під час періоду очікування, зазначеного в пунктах 7.2.7 та 7.2.10. цих Правил. Страхове покриття не надається до закінчення лікування наслідків хвороби або нещасного випадку. Період очікування в даному випадку пролонгується до трьох років від початку дії Договору страхування;
- викликана необхідністю лікування хронічних захворювань окремої системи органів (в тому числі, але не виключно, тих, що знаходяться у стадії загострення), яке має місце понад три рази протягом строку дії Договору страхування.

7.2.2. Страхове покриття не поширюється на госпіталізацію з приводу хвороби та/або нещасного випадку, які сталися із Застрахованою особою внаслідок:

- участі у військових діях, у військових заворушеннях, терористичних актах, актах протесту, повстаннях, громадських революціях, в тому числі, участі у військових діях для подолання вищевказаних подій;
- впливу атомних речовин, які виникли внаслідок викиду радіоактивних речовин (атомні реактори, опромінення, чи забруднення) або викиду хімічних небезпечних речовин (забруднення);
- сил природи, а саме, лавин, землетрусів, виверження вулканів, шторму тощо;
- зловживання алкоголем та/або наркотичними речовинами, лікування залежності, та в разі, якщо таке зловживання викликало збільшення строку лікування інших хвороб;
- скоєння Застрахованою особою протиправних дій;
- скоєння їх Страхувальником чи Застрахованою особою навмисно або обманним шляхом;
- користування Застрахованою особою повітряним транспортом, який за технічною або іншою характеристикою, відрізняється від звичайного повітряного транспорту офіційних авіакомпаній, які надають послуги на рейсових повітряних лініях для пасажирів з квитками.

7.2.3. Госпіталізація з приводу хвороби та/або нещасного випадку, зазначена у пунктах 7.2.1 та 7.2.2, може бути включена до страхового покриття та передбачена умовами Договору страхування у разі додаткових письмових домовленостей зі Страховиком.

7.2.4. Якщо стаціонарне лікування триває довше, ніж це потрібно за нормами та відповідними уніфікованими клінічними протоколами, Страховик залишає за собою право відповідно зменшити розмір страхової виплати.

7.2.5. Страховик може в обґрунтованих випадках (підозра у некомпетентності, несумлінності тощо) виключити страхове покриття при стаціонарному лікуванні у певних лікарів чи у певних медичних закладах. Таке виключення діє, починаючи з моменту отримання Страхувальником письмового повідомлення від Страховика про введення даного виключення.

7.2.6. За будь-яких умов Страхове покриття не діє у випадку госпіталізації з приводу:

- неінвазивної карциноми in situ, карциноми шкіри, окрім інвазивних злоякісних меланом;
- вагітності, спонтанного патологічного переривання вагітності;
- вроджених вад та відхилень чи спадкових захворювань;
- діагностичних досліджень, пов'язаних з проведенням біопсії, ендоскопії, лапароскопії, артроскопії та аортокоронарографії тощо;
- стоматологічного лікування та операцій;
- надривів запалених ділянок шкіри, тканин та суглобів;

- видалення абсцесів, фурункулів, доброякісних новоутворень шкіри (в тому числі але не виключно, ліпом, фібром); видалення підручних матеріалів, що застосовувались при попередніх операціях (спиць Каршнера, гвинтів, штирів, тощо);
 - видалення швів (ниток);
 - виправлення носової перегородки, урізання носового хряща, операції на нижній чи верхній щелепі, включаючи операції на скронево-нижньощелепному суглобі, ортодонтичних обслідувань, окрім лікувань важких травм або карцином;
 - косметологічних чи пластичних операцій, крім випадків, коли вони були викликані нещасним випадком, госпіталізація з приводу якого підпадає під страхове покриття. Стаціонарне лікування в такому разі повинне слідувати не пізніше, аніж через 9 (дев'ять) місяців з дати нещасного випадку, та за наявності письмової згоди Страховика. Страхове покриття діє по відношенню до госпіталізації з приводу корекції молочних залоз внаслідок проведеної мастектомії, за виключенням заміни грудних імплантатів;
 - операції чи будь-яких інших лікувальних процедур, які безпосередньо чи опосередковано пов'язані із СНІД;
 - процедур, направлених на зменшення ваги, а також стаціонарних дієт чи оперативних втручань з цього приводу;
 - лікування, направлено на стерилізацію, штучне запліднення чи зміну статі;
 - лікування травм, які були нанесені Застрахованою особою самостійно або отримані внаслідок спроби самогубства;
 - психічних захворювань будь-якого типу;
 - дорожньо-транспортних пригод, якщо Застрахована особа керувала транспортним засобом у стані алкогольного сп'яніння, без відповідних дозвільних документів або, якщо авто знаходилось у технічно несправному стані;
 - нещасних випадків на робочому місці, якщо професійна діяльність пов'язана з роботою на бійні, на доменних печах та сталеварнях, на заводах з виготовлення вибухівки, на нафтових бурових платформах та кам'яних кар'єрах, на будівельних конструкціях, вищих за два поверхи, професійного водія, інженера судна, будівельника, працівника порту, шахтаря;
 - захворювання та нещасних випадків, пов'язаних з виконанням Застрахованою особою небезпечних видів спорту чи іншими ризикованими хобі, включаючи дайвінг, велоспорт, стрибки з парашутом, кайтинг, сходження на гори, рафтинг, банджі джампінг та інші види перегонів, окрім бігу;
 - захворювань та станів в офтальмології (в тому числі але не виключно, короткозорості, далекозорості, астигматизму, астенопатії, косоокості, глаукоми, синдрому «сухого ока», міопії, комп'ютерного синдрому);
 - хронічних хвороб периферійних судин (в тому числі але не виключно, варикозної хвороби, облітеруючого ендартеріїту, облітеруючого атеросклерозу, хвороби Рейно, геморою);
 - вікових та дегенеративно-дистрофічних змін і захворювань (в тому числі але не виключно, катаракти, кардіо- та пневмосклерозу, атеросклерозу, деформуючого остеортозу, остеопорозу, остеохондрозу);
 - захворювань та станів опорно-рухової системи: порушення осанки, кіфоз, сколіоз, плоскостопість, варусні та вальгусні деформації;
 - вад та аномалій розвитку, спадкових та генетичних захворювань;
 - вірусних гепатитів (окрім гепатиту А), цирозу, гепатозу, стеатогепатиту;
 - експериментальних процедур, наслідків від дій некваліфікованого лікаря;
 - будь-якого лікування, яке виконане без медичної необхідності;
 - променевої терапії, радіотерапії, хіміотерапії;
 - перитонеального діалізу;
 - лікування, що має запобіжний, а не лікувальний характер.
- 7.2.7. Період очікування за умовами страхування на випадок госпіталізації у стаціонар внаслідок нещасного випадку або хвороби становить 3 (три) місяці та застосовується у будь-якому випадку, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. Період очікування за умовами страхування на випадок госпіталізації у стаціонар внаслідок нещасного випадку або хвороби заново (повторно) розпочинає свій відлік після поновлення дії Додаткового страхування Страховиком, яке мало місце внаслідок набуття Додатковим страхуванням статусу «страхування без премії», в порядку, передбаченому цими Правилами.
- 7.2.8. Для всіх медичних обстежень чи процедур, безпосередньо чи опосередковано пов'язаних з пологами Застрахованої особи у випадку її госпіталізації, Страхове покриття розпочинається після 9 (дев'яти) місяців з дати початку дії страхового покриття. Якщо Застрахована особа доведе, що вагітність розпочалась після укладання Договору страхування, період очікування буде відсутній. В якості доказу приймається підтверджена лікарем дата народження в майбутньому дитини Застрахованої особи.
- 7.2.9. Умова щодо періоду очікування не поширюється на випадки госпіталізації внаслідок:
- 7.2.9.1. нещасного випадку, при цьому, всі види гриж, які отримані або ускладнені внаслідок нещасного випадку, не вважаються наслідками нещасного випадку в рамках даних Правил;
- 7.2.9.2. інфекційних захворювань, до яких відносяться: краснуха, кір, вітрянка, скарлатина, дифтерія, коклюш, епідемічний паротит, поліомієліт, менінгіт, дизентерія, паратиф, висипний тиф, черевний тиф, холера, віспа, поворотний тиф, малярія, сибірська виразка, бешихове запалення, жовта лихоманка, чума, туляремія і орнітоз.
- 7.2.10. Період очікування терміном в один рік діє по відношенню до стаціонарного лікування Застрахованої особи, яке було обумовлено однією із наступних хвороб та/або наслідками нещасного випадку, незалежно від того, знала вона про них чи ні:
- будь-які грижі, в тому числі міжпозвонкові;
 - всі види пухлин (злаякісні та доброякісні, включаючи фолікулярні);
 - ендометріоз;
 - захворювання носової порожнини;
 - збільшення мигдалин та залозиста поліферація;
 - підвищення рівня гормонів щитовидної залози;
 - доброякісні пухлини матки або тканин;
 - анальний свищ;
 - видалення матки;
 - запалення жовчного міхура;
 - каміння у нирках, сечових каналах та жовчному міхурі;
 - захворювання кровоносно-судинної системи, в тому числі підвищений кров'яний тиск;
 - виразка шлунку та/або дванадцятипалої кишки;
 - спинна грижа;
 - гідроцеле (водянка яєчка);
 - ушкодження меніска;
 - туберкульоз.

7.3. Обмеження щодо осіб, які підлягають страхуванню.

7.3.1. Застрахованими особами за умовами страхування на випадок госпіталізації у стаціонар внаслідок нещасного випадку або хвороби можуть виступати виключно здорові особи у віці від 15 років. Як виключення, можливе страхування й молодших осіб на умовах, додатково узгоджених із Страховиком у письмовій формі.

Здоровою вважається особа, яка на момент укладання Договору страхування самостійно виконує всі життєві та робочі процеси, не виявляє ознак психічних розладів, не має важких хронічних захворювань та не потребує надання кваліфікованих медичних послуг.

7.3.2. Умовно здоровою вважається особа, яка не має значних психічних розладів, виконує всі життєві та робочі процеси після регулярних медичних процедур. Особа, що вважається умовно здоровою, може бути прийнята на страхування після оцінки Страховиком її стану здоров'я.

7.3.3. Щодо недієздатних осіб, а також тих, які протягом тривалого часу знаходяться/знаходились у стані непрацездатності або хворіють нервовими розладами, Договір страхування, що містить умови страхування на випадок госпіталізації у стаціонар внаслідок нещасного випадку або хвороби (додаткове страхування) не укладається. Якщо під час дії Договору страхування Застрахована особа стала особою, яка не підлягає страхуванню згідно цих умов, страхове покриття за умовами страхування на випадок госпіталізації у стаціонар внаслідок нещасного випадку або хвороби (Додаткове страхування) припиняється.

7.4. Розмір Страхової виплати при настанні Страхового випадку.

7.4.1. При настанні Страхового випадку за кожну добу лікування у стаціонарі Застрахована особа отримує визначену умовами Договору страхування добову Страхову виплату, не залежно від фактичних витрат на перебування у медичному закладі та лікування, за виключенням страхових випадків, пов'язаних із пологами.

7.4.2. При настанні страхового випадку з приводу пологів за наявності свідоцтва про народження дитини виплата, зазначена у пункті 7.4.1, здійснюється за 5 днів, незалежно від часу фактичного перебування в пологовому будинку. За кожну наступну дитину, народжену у поточному страховому періоді, виплачується половина суми від попередньої виплати, пов'язаної з народженням першої дитини.

7.4.3. Виплата здійснюється за умови:

- закінчення періоду очікування;
- в межах 180 днів протягом одного страхового року, а також до дати закінчення дії Договору страхування;
- перебування Застрахованої особи у медичному стаціонарному закладі не менше 5 (п'яти) днів.

7.5. Дія положень розділів 1 і 2 Правил.

7.5.1. Положення пунктів 1.1-1.13 Розділу 1 (Загальні положення) та положення пунктів 2.1-2.7 розділу 2 (Умови страхування життя (Головне страхування)) цих Правил застосовуються відповідним чином при Страхуванні на випадок госпіталізації у стаціонар внаслідок нещасного випадку або хвороби (Додаткове страхування), якщо інше не обумовлене окремими положеннями цього розділу.

7.5.2. Якщо дія Головного страхування припиняється, або перетворюється в "страхування без премій" до закінчення передбаченого періоду сплати премій по Договору страхування, Страхувальник звільняється від обов'язку сплачувати премії, а Страховик звільняється від зобов'язань щодо виплати Страхової суми по Страхуванню на випадок госпіталізації у стаціонар внаслідок нещасного випадку або хвороби (Додаткове страхування).

7.5.3. Страхування на випадок госпіталізації у стаціонар внаслідок нещасного випадку або хвороби (Додаткове страхування) розповсюджується виключно на Застраховану особу за Головним страхуванням.

7.5.4. Припинення Страхування на випадок госпіталізації у стаціонар внаслідок нещасного випадку або хвороби (Додаткове страхування) не передбачає виплати Викупної суми. Також це Додаткове страхування не приймає участі у резервах бонусів.

7.5.5. При настанні Страхового випадку Страхувальник та/або Застрахована особа зобов'язані:

- 7.5.5.1. повідомити Страховика про стаціонарне лікування Застрахованої особи протягом трьох днів з початку госпіталізації;
- 7.5.5.2. на запит Страховика надати всю необхідну медичну документацію, що стосується Застрахованої особи, від лікарів та закладів, які здійснювали стаціонарне лікування Застрахованої особи та яка необхідна для здійснення Страхової виплати. Застрахована особа також зобов'язується на вимогу Страховика пройти обстеження у вказаного ним лікаря; дотримуватись встановлених лікарем або Страховиком правил поведінки, а також уникати всього, що могло б завдати відновленню здоров'я. На вимогу Страховика Застрахована особа повинна пройти повторне медичне обстеження у призначеного Страховиком лікаря.

РОЗДІЛ 8. УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ОПЕРАЦІЇ ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ АБО ХВОРОБИ

(Додаткове страхування)

8.1. Страховий випадок та Страхове покриття.

8.1.1. Страховим випадком є хірургічна операція, яка є необхідною внаслідок нещасного випадку або хвороби Застрахованої особи. Хірургічною операцією вважається оперативне втручання яке полягає у здійсненні на тканини механічного (хірургічний розтин), температурного (термокоагуляція, кріодеструкція тощо), радіочастотного (електрокоагуляція тощо) впливів, які проводиться хірургом у медичному закладі із лікувальною метою або із метою корекції функцій організму за допомогою різних засобів роз'єднання та сполучання тканин (надалі – Операція). Операція має здійснюватися в операційній кімнаті.

8.1.2. Страхове покриття розпочинається з 00:00 годин дати, зазначеної у Договорі страхування як дата початку страхування, однак не раніше закінчення обумовленого періоду очікування та не раніше, ніж було сплачено першу страхову премію.

8.1.3. В разі затримки або припинення сплати Страхувальником чергової премії за Додатковим страхуванням на випадок операції внаслідок нещасного випадку або хвороби та відсутності заяви Страхувальника про розірвання Договору страхування, Додаткове страхування перетворюється в "страхування без премії". Дію Додаткового страхування може бути поновлено Страховиком за умови сплати Страхувальником існуючої заборгованості зі страхових премій, при цьому:

- заборгованість існує за один страховий період;
 - сплата заборгованості проводиться протягом одного календарного року з дати її виникнення.
- В інших випадках поновлення дії Додаткового страхування не відбувається.

8.2. Виключення із Страхових випадків. Період очікування.

8.2.1. До Страхових випадків не відносяться операція, яка:

- сталася до початку дії Страхового покриття за умовами Страхування на випадок операції внаслідок нещасного випадку або хвороби;
- викликана хворобою або наслідками нещасного випадку, що виникли до початку дії Страхового покриття за умовами Страхування на випадок операції внаслідок нещасного випадку або хвороби, при цьому наслідки вказаної хвороби або нещасного випадку призвели до необхідності операції після початку дії такого Страхового покриття;
- викликана хворобою під час періоду очікування, зазначеного в пунктах 8.2.5. та 8.2.6. цих Правил. Страхове покриття не надається до закінчення лікування наслідків хвороби або нещасного випадку, що сталися до дати, зазначеної у пункті 8.1.2. цих Правил. При цьому, період очікування в даному випадку пролонгується до трьох років від початку дії Договору страхування.

8.2.2. Страхове покриття не поширюється на випадки Операції з приводу хвороби або нещасного випадку, які сталися із Застрахованою особою внаслідок:

- участі у військових діях, у військових заворушеннях, терористичних актах, актах протесту, повстаннях, громадських революціях, в тому числі, участі у військових діях для подолання вищевказаних подій;
- впливу атомних речовин, які виникли внаслідок викиду радіоактивних речовин (атомні реактори, опромінення, чи забруднення) або викиду хімічних небезпечних речовин (забруднення);
- сил природи, а саме, лавин, землетрусів, виверження вулканів, шторму тощо;
- зловживання алкоголем та/або наркотичними речовинами, лікування залежності, та в разі, якщо таке зловживання викликало збільшення строку лікування інших хвороб;
- скоєння Застрахованою особою протиправних дій;
- скоєння їх Страхувальником чи Застрахованою особою навмисно або обманним шляхом;
- користування Застрахованою особою повітряним транспортом, який за технічною або іншою характеристикою, відрізняється від звичайного повітряного транспорту офіційних авіакомпаній, які надають послуги на рейсових повітряних лініях для пасажирів з квитками.

8.2.3. За будь-яких умов Страхове покриття не діє у випадку проведення Операції з приводу:

- неінвазивної карциноми in situ, карциноми шкіри, окрім інвазивних злоякісних меланом;
- вагітності, спонтанного патологічного переривання вагітності;
- вроджених вад та відхилень чи спадкових захворювань;
- діагностичних досліджень, пов'язаних з проведенням біопсії, ендоскопії, лапароскопії, артроскопії та аортокоронарографії тощо;
- стоматологічних операцій;
- надривів запалених ділянок шкіри, тканин та суглобів;
- видалення абсцесів, фурункулів, ліпом, тощо;
- видалення підручних матеріалів, що застосовувались при попередніх операціях (спиць Каршнера, гвинтів, штирів, тощо);
- видалення швів (ниток);
- виправлення носової перегородки, урізання носового хряща, операції на нижній чи верхній щелепі, включаючи операції на скронево-нижньощелепному суглобі, ортодонтичних обслідувань, окрім лікувань важких травм або карцином;
- косметологічних чи пластичних призначень, крім випадків, коли вони були викликані нещасним випадком, госпіталізація з приводу якого підпадає під страхове покриття, та які повинні слідувати не пізніше, ніж через 9 (дев'ять) місяців з дати нещасного випадку, та за наявності письмової згоди Страховика.
- призначень, які безпосередньо чи опосередковано пов'язані із СНІД;
- зменшення ваги;
- стерилізації, штучного запліднення чи зміни статі;
- лікування травм, які були нанесені Застрахованою особою самостійно або отримані внаслідок спроби самогубства;
- дорожньо-транспортних пригод, якщо Застрахована особа керувала транспортним засобом у стані алкогольного сп'яніння, без відповідних дозвільних документів або, якщо авто знаходилось у технічно несправному стані;
- нещасних випадків на робочому місці, якщо професійна діяльність пов'язана з роботою на бійні, на доменних печах та сталеварнях, на заводах з виготовлення вибухівки, на нафтових бурових платформах та кам'яних кар'єрах, на будівельних конструкціях, вищих за два поверхи, професійного водія, інженера судна, будівельника, працівника порту, шахтаря;
- захворювання та нещасних випадків, пов'язаних з виконанням Застрахованою особою небезпечних видів спорту чи іншими ризикованими хобі, включаючи дайвінг, велоспорт, стрибки з парашутом, кайтинг, сходження на гори, рафтинг, банджі джампінг та інші види перегонів, окрім бігу;
- захворювань та станів в офтальмології (в тому числі але не виключно, короткозорості, далекозорості, астигматизму, астенопатії, косоокості, глаукоми, синдрому «сухого ока», міопії);
- хронічних хвороб периферійних судин (в тому числі але не виключно, варикозної хвороби, облітеруючого ендартеріїту, облітеруючого атеросклерозу, хвороби Рейно, геморою);
- вікових та дегенеративно-дистрофічних змін і захворювань (в тому числі але не виключно, катаракти, атеросклерозу, деформуючого остеортозу тощо); захворювань та станів опорно-рухової системи: порушення осанки, кіфоз, сколіоз, плоскостопість, варусні та вальгусні деформації;
- вад та аномалій розвитку, спадкових та генетичних захворювань;
- артроскопія, що проводиться з діагностичною метою;
- будь-якого лікування, яке виконане без медичної необхідності.

8.2.4. Страховим випадком не вважається операція, пов'язана з вагітністю Застрахованої особи, у тому числі з викиднями та абортами. Це правило не поширюється на випадки проведення гістеротомії за необхідністю. При цьому, страхове покриття розпочинається після 9 (дев'яти) місяців з дати початку дії страхового покриття. Якщо Застрахована особа доведе, що вагітність розпочалась після укладання Договору страхування, період очікування буде відсутній. В якості доказу приймається підтверджена лікарем дата народження в майбутньому дитини Застрахованої особи.

8.2.5. Період очікування за умовами Страхування на випадок операції внаслідок нещасного випадку або хвороби становить 3 (три) місяці та застосовується у будь-якому випадку, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. Період очікування не поширюється на випадки, якщо необхідність Операції викликана нещасним випадком. Період очікування за умовами страхування на випадок операції внаслідок нещасного випадку або хвороби заново (повторно) розпочинає свій відлік після поновлення дії Додаткового страхування Страховиком, яке мало місце внаслідок набуття Додатковим страхуванням статусу «страхування без премії», в порядку, передбаченому цими Правилами.

8.2.6. Період очікування терміном в один рік застосовується по відношенню до Операцій, необхідність проведення яких сталась внаслідок наступних хвороб або нещасних випадків (в. незалежно від того, знала Застрахована особа про них чи ні):

- будь-які грижі, в тому числі міжпозвоноків;
- всі види пухлин (злоякісні та доброякісні, включаючи фолікулярні);
- ендометріоз;
- захворювання носової порожнини;
- збільшення мигдалин та залозиста проліферація;
- доброякісні пухлини матки або тканин;
- анальний свищ;
- видалення матки;
- каміння у нирках, сечових каналах та жовчному міхурі;
- виразка шлунку та/або дванадцятипалої кишки;
- спинна грижа;
- гідроцеле (водянка яєчка);
- ушкодження меніска;
- туберкульоз.

8.3. Обмеження щодо осіб, які підлягають страхуванню.

8.3.1. Застрахованими особами за умовами Страхування на випадок операції внаслідок нещасного випадку або хвороби можуть виступати виключно здорові особи у віці від 15 років. Як виключення, можливе страхування й молодших осіб на умовах, додатково узгоджених із Страховиком у письмовій формі.

Здоровою вважається особа, яка на момент укладання Договору страхування самостійно виконує всі життєві та робочі процеси, не виявляє ознак психічних розладів, не має важких хронічних захворювань та не потребує надання кваліфікованих медичних послуг.

8.3.2. Умовно здоровою вважається особа, яка не має значних психічних розладів, виконує всі життєві та робочі процеси після регулярних медичних процедур. Особа, що вважається умовно здоровою, може бути прийнята на страхування після оцінки Страховиком її стану здоров'я.

8.3.3. Щодо недієздатних осіб, а також тих, які протягом тривалого часу знаходяться/знаходились у стані непрацездатності або хворіють нервовими розладами, Договір страхування, що містить умови страхування на випадок операції внаслідок нещасного випадку або хвороби (додаткове страхування) не укладається. Якщо під час дії Договору страхування Застрахована особа стала особою, яка не підлягає страхуванню згідно цих умов, страхове покриття за умовами страхування на випадок операції внаслідок нещасного випадку або хвороби (Додаткове страхування) припиняється.

8.4. Розмір Страхової виплати при настанні Страхового випадку.

8.4.1. Розмір Страхової виплати за кожну проведену Операцію дорівнює відсотку від Страхової суми, передбаченої Договором страхування. Відсоток від Страхової суми встановлений Переліком операцій, що наведений в пункті 8.4.6. цих Правил (надалі – Перелік).

8.4.2. В разі, якщо певна Операція не наведена у Переліку, розмір Страхової виплати за такою Операцією визначається Страховиком (із залученням спеціаліста в області медицини) шляхом порівняння її із наведеними у Переліку. При цьому, розмір відсотків від Страхової суми щодо Операцій, наведених у Переліку, є базою для розрахунку Страхової виплати для Операцій не наведених у ньому. Розмір Страхової виплати за Операцією не наведеною у переліку визначається після встановлення розміру відсотку від Страхової суми.

8.4.3. Якщо під час проведення операції проводяться маніпуляції, які властиві декільком операціям, та виконується декілька розтинів, Страхова виплата здійснюється:

- у повному розмірі - за Операцію, яка мала більший ступінь складності;
- у розмірі 50% від суми Страхової виплати, що передбачена для такої Операції - за кожну супутню Операцію, що мала менший ступінь складності.

8.4.4. В разі, якщо виконується декілька маніпуляцій через один розтин тіла, розмір Страхової виплати дорівнює розміру відсотку від Страхової суми, передбаченого Переліком, що є найвищим по відношенню до розміру відсотків, встановлених для інших Операцій, що були проведені під час вказаного розтину тіла. Здійснення інших виплат, що пов'язані із супутніми оперативними втручаннями через один розтин тіла, не передбачене.

8.4.5. Сумарна величина Страхових виплат, здійснених протягом одного Страхового періоду, не може перевищувати розміру Страхової суми.

8.4.6. Перелік Операцій та розмір відсотку від Страхової суми для визначення розміру Страхової виплати:

Перелік операцій	Відсоток від страхової суми
НЕСКЛАДНІ ОПЕРАЦІЇ (незначні операції)	
• у ротовій порожнині, окрім стоматологічних операцій, наприклад, видалення мигдалин	20%
• судинні операції: наприклад, емboleктомія, тромбоектомія судин	40%
• на шкірі та підшкірних тканинах: наприклад, хірургічне лікування рани з видаленням ушкоджених тканин	10%
• на черевній стінці: наприклад, видалення грижі	30%
• на зовнішніх геніталіях: наприклад, у чоловіків: на крайній плоті, при водянці яєчок; у жінок: на бартоліновій залозі, незначні втручання на яєчниках;	10%
• видалення ендометріозу матки	20%
• на опорно-руховому апараті: наприклад, розрив сухожилля чи зв'язок у зв'язку із травмою;	10%
• на опорно-руховому апараті: для виправлення незначних кісткових деформацій, наприклад, вальгусна деформація великого пальця, артроскопічні втручання на суглобах	20%
ОПЕРАЦІЇ СЕРЕДНЬОЇ СКЛАДНОСТІ	
• на окремих хребетних дисках, закрита репозиція перелому або вивиху,	10%
• відкрита репозиція простого перелому,	30%
• артроскопічні операції на меніску	20%
• на очах: видалення кришталика ока, ірідопластика та інші оперативні втручання на райдужній оболонці, операції на сітківці ока,	30%
• видалення ока	40%
• на ендокринній залозі (щитовидній та паращитовидній залозах): розріз, часткове видалення, резекція, корекція	30%
• на стінках грудної клітки: мастектомія – видалення молочної залози з лімфаденектомією,	60%
• видалення молочної залози без лімфаденектомії	50%
• в черевній порожнині: видалення апендиксу, холецистектомія – видалення жовчного міхура,	30%
• операції на товстому та тонкому кишечнику, операції на печінці, резекція печінки; оперативне втручання на нирках, видалення каменів та пієлопластика	60%
• на селезінці, наприклад, спленектомія – видалення селезінки	50%
• на сечовому міхурі: ендоскопічне видалення каменів із сечового міхура; на матці: гістектомія – видалення матки,	30%
• гістеротомія – розтин матки	10%
• на кінцівках: оперативне втручання задля виправлення складних переломів кісток з використанням остеосинтетичних матеріалів	40%

СКЛАДНІ ОПЕРАЦІЇ	
● на хребті: складні оперативні втручання для відновлення цілісності та функціонування хребта, оперативне лікування кіфозу та сколіозу	50%
● на грудній клітці: часткова резекція легенів, ● розширена лобектомія легенів, операції на серці (заміна клапанів серця)	60% 70%
● на серцевих судинах: встановлення коронарного байпасу	90%
● на кінцівках: імплантація – встановлення великих ендопротезних частин, ендопротез у тазостегновий суглоб, в плечовий суглоб та лікоть, колінний та гомілковостопний суглоб	70%
ДУЖЕ СКЛАДНІ ОПЕРАЦІЇ	
● на відкритому серці: наприклад, пересадка серця, ● встановлення аортного байпасу у поєднанні із іншими оперативними втручаннями на серці	100% 90%
● пересадка органів: серця, легенів, печінки, ● пересадка органів: нирок	100% 90%

8.4.7. Страхова виплата здійснюється після проведення Операції.

8.4.7.1. До моменту та з метою проведення Операції, Страховиком, за заявою Застрахованої особи, також може бути здійснена оплата медичних послуг щодо проведення Операції Застрахованій особі, у вигляді авансового платежу на розрахунковий рахунок медичного закладу, який надає відповідну медичну допомогу Застрахованій особі. При цьому, у випадку якщо Операція проведена не була, то такий авансовий платіж підлягає поверненню Страховику. Авансовий платіж для оплати медичних послуг щодо проведення Операції Застрахованій особі може бути здійснений на рахунок медичного закладу, виключно у випадку наявності договірних відносин між Страховиком та медичним закладом. Авансовий платіж, який було здійснено з метою проведення Операції, підлягає врахуванню Страховиком при здійсненні Страхової виплати на користь Застрахованої особи після проведення такої Операції шляхом взаємозаліку, про що Застрахована особа та Страховик складають відповідний акт. Внаслідок взаємозаліку, розмір Страхової виплати підлягає зменшенню на суму перерахованого на рахунок медичного закладу авансового платежу. Факт настання Страхового випадку має підтверджуватись повним пакетом медичної документації, яку вимагає Страховик.

8.5. Дія положень розділів 1 і 2 Правил.

8.5.1. Положення пунктів 1.1-1.13 Розділу 1 (Загальні положення) та положення пунктів 2.1-2.7 розділу 2 (Умови страхування життя (Головне страхування)) цих Правил застосовуються відповідним чином при Страхуванні на випадок операції внаслідок нещасного випадку або хвороби (Додаткове страхування), якщо інше не обумовлене окремими положеннями цього розділу.

8.5.2. Якщо дія Головного страхування припиняється, або перетворюється в "страхування без премій" до закінчення передбаченого періоду сплати премій по Договору страхування, Страхувальник звільняється від обов'язку сплачувати премії, а Страховик звільняється від зобов'язань щодо виплати Страхової суми по Страхуванню на випадок операції внаслідок нещасного випадку або хвороби (Додаткове страхування).

8.5.3 Страхування на випадок операції внаслідок нещасного випадку або хвороби (Додаткове страхування) розповсюджується виключно на Застраховану особу за Головним страхуванням.

8.5.4. Припинення Страхування на випадок операції внаслідок нещасного випадку або хвороби (Додаткове страхування) не передбачає виплати Викупної суми. Також це Додаткове страхування не приймає участі у резервах бонусів.

8.5.5. Вигодонабувачем на випадок операції внаслідок нещасного випадку або хвороби (Додаткове страхування) є виключно Застрахована особа. При настанні Страхового випадку Страхувальник та/або Застрахована особа зобов'язані на запит Страховика надати всю необхідну медичну документацію, що стосується Застрахованої особи, від лікарів та закладів, які здійснювали операційне втручання стосовно Застрахованої особи та яка необхідна для здійснення Страхової виплати.

РОЗДІЛ 9. УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ДІАГНОСТУВАННЯ ОДНІЄЇ З ТРЬОХ ВАЖКИХ ХВОРОБ (Додаткове страхування)

9.1. Страховий випадок.

9.1.1. Страховим випадком вважається випадок діагностування у Застрахованої особи однієї з трьох важких хвороб, які мають бути виявлені вперше у період дії Договору страхування.

9.1.2. Факт настання Страхового випадку має підтверджуватись повним пакетом медичної документації, яку вимагає Страховик. При цьому, встановлення та підтвердження діагнозу в кожному випадку має здійснюватися лікарями-фахівцями у відповідній області медицини, які мають право на встановлення та підтвердження такого діагнозу, а медичні заклади, в яких Застрахована особа проходить лікування, або в яких встановлюється або підтверджується відповідний діагноз, повинні мати право на надання медичних послуг у відповідній області медицини.

9.1.3. За умови наявності клінічного діагнозу та повного пакету необхідної медичної документації в рамках цих Правил трьома важкими вважаються наступні хвороби:

9.1.3.1. Інфаркт міокарда

Інфаркт міокарда - одна із клінічних форм ішемічної хвороби серця, яка характеризується розвитком ішемічногонеозворотного некрозу частини серцевого м'яза внаслідок недостатнього постачання крові.

Діагностування інфаркту міокарда повинне бути основане на наступних критеріях:

- раптові болі, що тиснуть, давлоть, інколи колють, в області серця, які, зазвичай, тривають протягом 30 хвилин;
- типові зміни у даних ЕКГ (наприклад, постійне підвищення сегменту ST, виявлення патологічних зубців Q);
- типові дані інструментальної діагностики (підтверджене зниження скоротливої функції лівого шлуночка за даними ЕХО-КГ);
- дані біохімічних показників (ензимодіагностика: підйом активності креатинін-фосфокінази (КФК), ізоензиму МВ КФК та тропонінів I та T, лактатдегідрогенази ЛДГ, трансамінази аспартатаміно-трансферази (глутамат-оксалоацетат- трансамінази - GOT), гідроксибутират дегідрогенази (HBDH)).

Страхова виплата здійснюється за фактом встановлення діагнозу на основі вищевказаних критеріїв.

Не є Страховим випадком:

- ізольоване підвищення показників тропонінів I та T без підвищення сегменту ST;
- підвищення рівня тропонінів без явної ішемічної хвороби серця (наприклад: міокардит, апікальний балонний синдром, забій серця, легенева емболія, медикаментозна інтоксикація);
- гострий коронарний синдром (стабільна або нестабільна стенокардія);
- інфаркт протягом 30 днів після коронарної ангіопластики або шунтування;

9.1.3.2. Карцинома (злоякісна пухлина, рак)

Карцинома - захворювання, що характеризується наявністю однієї або декількох пухлин, які за допомогою гістологічного дослідження класифікуються як злоякісні та характеризуються неконтрольованим зростом злоякісних клітин та інвазивним впливом на здорові клітини. В разі, якщо виконання гістології не є можливим, діагноз злоякісних якостей пухлини повинен бути встановлений іншими визнаними медичними дослідними процесами. До поняття «рак» (злоякісне захворювання) також відносяться саркома, меланома, лейкемія та лімфома.

Не є Страховим випадком:

- «carcinoma in situ» включаючи стадії CIN-1, CIN-2 та CIN-3, або передзлоякісні форми;
- гістологічно діагностовані меланоми, товщина яких складає менше 1,5 мм, або глибина менше третього рівня за класифікацією Кларка;
- всі гіперкератози та карциноми клітин шкіри (крім випадків з наявністю метастазів);
- карцинома простати з гістологічно доведеною TNM класифікацією T1 (включаючи T1a, T1b або подібні початкової стадії);
- хронічний лімфолейкоз, якщо він не прогресував, принаймні до стадії B по Binet;
- папілярна карцинома щитоподібної залози діаметром до 1 см та гістологічним описом T1N0M0;
- папілярна мікрокарцинома сечового міхура з гістологічним описом Ta;
- справжня поліцитемія та есенціальна тромбоцитопенія;
- моноклональна гаммапатія;
- MALT-лімфома шлунку, якщо вона піддається лікуванню за допомогою ерадикації *H.pylori*;
- шлунково-кишкові стромальні пухлини (GIST) на стадіях 1 та 2 згідно з класифікацією AJCC за схемою 2010p;
- мікроінвазивна карцинома молочної залози, яка не потребує мастектомії;
- мікроінвазивний рак шийки.

9.1.3.3. Інсульт, апоплексія

Інсульт, апоплексія - гостре порушення мозкового кровообігу, що виникає при розриві судин (крововилив у мозок, під оболонки й у шлуночки мозку), при закупорці тромбом чи тривалому спазмі судин головного мозку, яке спричиняє тривалу церебро-васкулярну патологію. Наслідки церебро-васкулярного інсульту - рухові розлади (паралічі та парези), мовні порушення, розлади психіки.

Діагноз захворювання повинен бути підтверджений відповідними діагностичними обстеженнями (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, тощо). Неврологічні пошкодження (наслідки) повинні спостерігатись щонайменше протягом трьох місяців.

Страхова виплата здійснюється не раніше, ніж через три місяці після розпочатого лікування церебро-васкулярної патології за умови збереження (наявності) не менше ніж двох з вищезазначених наслідків гострого порушення мозкового кровообігу.

Не є Страховим випадком:

- пошкодження головного мозку внаслідок травми, епілепсія, запальних процесів мозку;
- мозкові патології, які виникли внаслідок мігрені, гіпоксії;
- ішемічні порушення вестибулярного апарату;
- ішемічні захворювання вестибулярної системи;
- випадкові стани/заключення виявлені під час процедур нейровізуалізації (КТ або МРТ) без чітких клінічних симптомів (тихий інсульт);
- запальні і судинні захворювання, які ушкоджують зоровий нерв та викликають ішемічні порушення вестибулярного апарату;
- перехідні ішемічні розлади - TIA (короткостроковий неврологічний дефіцит викликаний ішемією);
- лакунарні зміни мозку, що не викликані ішемією або крововиливом.

9.2. Страхове покриття. Період очікування.

9.2.1. Страхове покриття розпочинається з 00:00 годин дати, зазначеної у Договорі страхування як дата початку страхування, однак не раніше закінчення обумовленого періоду очікування та не раніше, ніж було сплачено першу страхову премію.

9.2.2. Страхове покриття розповсюджується на настання виключно одного Страхового випадку за весь строк дії Договору страхування. Виплата Страхової суми здійснюється тільки за одним Страховим випадком, а саме: діагностування однієї з трьох важких хвороб у Застрахованої особи під час дії Договору страхування, навіть якщо протягом строку дії Договору страхування було діагностовано декілька важких хвороб.

9.2.3. Страхове покриття по відношенню до важких хвороб зазначених у пунктах 9.1.3.1. та 9.1.3.3. починає діяти не раніше, ніж через 3 місяці (період очікування) з дати, яка зазначена у Договорі страхування, як початок дії Страхового покриття. Страхове покриття по відношенню до важкої хвороби зазначеної у пункті 9.1.3.2. починає діяти не раніше, ніж через 6 місяців (період очікування) з дати, яка зазначена у Договорі страхування, як початок дії Страхового покриття.

9.2.4. В разі затримки або припинення сплати Страховальником чергової премії за Додатковим страхуванням на випадок діагностування однієї з трьох важких хвороб та відсутності заяви Страховальника про розірвання Договору страхування, Додаткове страхування перетворюється в "страхування без премії". Дію Додаткового страхування може бути поновлено Страховиком за умови сплати Страховальником існуючої заборгованості зі страхових премій.

9.2.5. Період очікування за умовами страхування на випадок діагностування у Застрахованої особи однієї з трьох важких хвороб заново (повторно) розпочинає свій відлік:

9.2.5.1. після поновлення дії Додаткового страхування Страховиком, яке мало місце внаслідок набуття Додатковим страхуванням статусу «страхування без премії», в порядку, передбаченому цими Правилами;

9.2.5.2. після кожного збільшенні розміру Страхової суми: виключно по відношенню до різниці між попередньою та новою Страховими сумами.

9.2.6. Страхове покриття на випадок діагностування однієї з трьох важких хвороб триває до моменту прийняття першого рішення Страховиком про здійснення Страхової виплати (такого, що приймається вперше після укладення Договору страхування) за першим страховим випадком діагностування важкої хвороби, але не пізніше 24:00 години дня, зазначеного у Договорі страхування, як дата закінчення строку його дії.

9.3. Страхова виплата.

9.3.1. При настанні Страхового випадку здійснюється страхова виплата у розмірі Страхової суми, передбаченої Договором страхування (Додаткове страхування).

9.3.2. Після здійснення страхової виплати дія Договору на випадок діагностування у Застрахованої особи однієї з трьох важких хвороб (Додаткове страхування) припиняється.

9.3.3. Вигодонабувачем на випадок діагностування у Застрахованої особи однієї з трьох важких хвороб, які мають бути виявлені вперше у період дії Договору страхування (Додаткове страхування) є виключно Застрахована особа. При настанні Страхового випадку Страховальник та/або Застрахована особа зобов'язані на запит Страховика надати всю необхідну медичну документацію, що стосується Застрахованої особи, від лікарів та закладів, які здійснювали лікування Застрахованої особи та яка необхідна для здійснення Страхової виплати.

9.4. Обмеження щодо осіб, які підлягають страхуванню.

9.4.1. Застрахованими особами за умовами страхування на випадок діагностування у Застрахованої особи однієї з трьох важких хвороб, які мають бути виявлені вперше у період дії договору, можуть виступати виключно здорові особи у віці від 15 років.

9.4.2. Здоровою вважається особа, яка на момент укладання Договору страхування самостійно виконує всі життєві та робочі процеси, не виявляє ознак психічних розладів, не має важких хронічних захворювань та не потребує надання кваліфікованих медичних послуг.

9.4.3. Щодо недієздатних осіб, а також тих, які протягом тривалого часу знаходяться/знаходились у стані непрацездатності або хворіють нервовими розладами, Договір страхування, що містить умови страхування на випадок діагностування у Застрахованої особи однієї з трьох важких хвороб, які мають бути виявлені вперше у період дії Договору страхування не укладається. Якщо під час дії Договору страхування Застрахована особа стала особою, яка не підлягає страхуванню згідно цих умов, страхове покриття за умовами страхування на випадок діагностування у Застрахованої особи однієї з трьох важких хвороб, які мають бути виявлені вперше у період дії договору припиняється.

РОЗДІЛ 10. СТРАХУВАННЯ ГРУПИ ОСІБ

10.1. Страхування групи осіб.

10.1.1. Якщо даною статтею не передбачено іншого, при страхуванні групи осіб застосовуються дані Правила.

10.1.2. Страхування групи осіб має місце коли одним Страхувальником укладається два і більше Договорів страхування, за якими Застрахованими особами виступають різні особи. В межах цієї статті кожен окремий Договір страхування із групи Договорів страхування визначається як індивідуальний Договір страхування.

10.1.3. Кожен індивідуальний Договір страхування розглядається юридично як окремий Договір страхування. Ці Правила страхування застосовуються до кожного індивідуального Договору страхування окремо.

10.1.4. Індивідуальні Договори страхування, розглядаються у сукупності для того, щоб Страховик та Страхувальник мали змогу робити взаєморозрахунки в сукупності щодо всіх індивідуальних Договорів страхування по преміям та належним Страховим виплатам, в тому числі Викупним сумам; це стосується також випадків, коли дати укладення індивідуальних Договорів страхування або дати початку Страхового покриття є різними.

10.1.5. При страхуванні групи осіб Страхувальником – юридичною особою, для розрахунку Страхових премій, при укладенні Договорів страхування або зміні умов Договорів страхування, Страховик може запропонувати для всіх Застрахованих осіб середній вік – 40 років та чоловічу стать, незважаючи на дійсний вік та стать Застрахованих осіб .

РОЗДІЛ 11. ОСОБЛИВІ УМОВИ. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

11.1. Угода про валюту зобов'язань.

11.1.1. Розмір узгоджених в Заяві на страхування та в Полісі Страхових сум та Страхових премій може бути визначений:

• у національній валюті України;

• у іноземній валюті (зокрема, у доларах США).

11.1.2. Сплата Страхових премій, Страхових виплат, Викупних сум, здійснюється у валюті грошових зобов'язань згідно Договору страхування, зокрема:

• за Договорами страхування, грошові зобов'язання за яким визначені у гривні - у національній валюті України;

• за Договорами страхування, грошові зобов'язання за яким визначені у іноземній валюті (зокрема, у доларах США) - у доларах США, або у національній валюті України, відповідно до умов конкретного Договору страхування.

11.1.3. Розмір Страхової премії за Договором страхування, грошові зобов'язання за яким визначені у іноземній валюті (зокрема, у доларах США) та підлягають виконанню у національній валюті України, розраховується у гривні шляхом множення суми Страхової премії, визначеної у доларах США на офіційний курс гривні до долару США, встановлений Національним банком України на день сплати Страхової премії. Розмір Страхової виплати, Викупної суми за Договором страхування, грошові зобов'язання за яким визначені у іноземній валюті (зокрема, у доларах США) та підлягають виконанню у національній валюті України, розраховується у гривнях, шляхом множення Страхової виплати або Викупної суми, визначеної у доларах США, на офіційний курс гривні до долару США, встановлений Національним банком України на день виплати.

11.1.4. У разі затримки платежів, кожна з договірних сторін зобов'язана відшкодувати іншій стороні безпосередні збитки, які ця сторона понесла через несвоєчасне виконання договірних зобов'язань другою стороною. Під безпосередніми збитками мається на увазі втрата відсотків та/або втрати від різниці між офіційним курсом долара США, встановленим Національним банком України на день, коли цей платіж підлягав сплаті відповідно до Договору страхування, та офіційним курсом долара США, встановленим Національним банком України, що застосовується на день фактичного здійснення платежу.

11.2. Індикація Страхової суми та Страхової премії.

Договір страхування може передбачати індексацію (зміну) розміру Страхової суми та/або Страхових виплат за офіційним індексом інфляції протягом строку дії Договору страхування за умови відповідної індексації (зміни) розміру Страхового платежу.

11.3. Кредит під заставу викупної суми.

Страхувальник за згодою Страховика має право отримати кредит під заставу Викупної суми в розмірі, не більше 75% розміру Викупної суми, розрахованої на момент отримання кредиту. Отримання зазначеного кредиту здійснюється шляхом оформлення договору за заявою Страхувальника, у письмовій формі із зазначенням умов, в тому числі щодо порядку надання та повернення кредиту та відсотків за ним (надалі Договір). Строк дії Договору не може перевищувати строку дії Договору страхування. У разі дострокового припинення дії Договору страхування, Договір також припиняється. У випадку наявності заборгованості Страхувальника перед Страховиком за зазначеним Договором на момент Страхового випадку чи припинення дії Договору страхування, розмір заборгованості за таким Договором вираховується із відповідної Страхової виплати чи Викупної суми. У випадку прострочення строків здійснення оплати за Договором у порядку та строки, встановлені таким Договором, Страховик має право змінити умови Договору страхування, в тому числі, шляхом зменшення розміру Страхової суми та/або Страхової премії, про що повідомляє Страхувальника письмово.

11.4. Угода про платежі

Будь-який дійсний або майбутній податок, збір, обов'язок, вираховання, неподатковий платіж, навантаження, штраф, доповнення до оподаткування, плата або інша відповідальність будь-якої природи тепер або в майбутньому накладена, застосована або введена будь-яким податковим або іншим державним органом проти або щодо Страхової премії, Страхової виплати та інших платежів, що здійснюються за умовами та у зв'язку з Договором страхування, окрім податку на чистий прибуток Страховика (разом "Податкові Платежі"), є відповідальністю та/або зобов'язаннями Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача. У кожному конкретному випадку сума премії та/або Страхової виплати та/або інших платежів, що здійснюються за умовами та у зв'язку з Договором страхування прийматиметься або здійснюватиметься з утриманням або вирахуванням будь-яких таких Податкових Платежів.

11.5. Порядок вирішення спорів

11.5.1. Усі спори, що можуть виникнути між Сторонами Договору страхування вирішуються шляхом переговорів, а у випадку недосагнення згоди – у порядку, встановленому діючим законодавством України.

11.5.2. До Договору страхування застосовується діюче законодавство України.

ПЕРЕЛІК ТАРИФІВ СТРАХУВАННЯ (згідно Додатку №1 до Правил добровільного страхування життя ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя»)

Страховик залишає за собою право встановити підвищену страхову премію при підвищеному ризику, пов'язаному з професійною або іншою діяльністю, та здоров'ям Застрахованої особи. Конкретний розмір страхового тарифу у цьому випадку визначається за згодою сторін.

А) Тарифи Головного страхування:

Тариф GX-1: Страхування життя на випадок смерті і дожиття з участю у резервах бонусів з незмінною страховою премією, що сплачується протягом всього строку страхування або за короткий період.

Строк виплати страхової суми разом з накопиченими сумами резервів бонусів по договору настає тоді, коли закінчується дія договору. Якщо застрахована особа помирає до завершення дії договору, виплачується страхова сума разом з сумами резервів бонусів по договору, накопиченими до дня смерті. На момент здійснення страхової виплати страхові премії мають бути сплачені до кінця року, в якому страхова виплата належить до сплати, або до кінця узгодженого терміну сплати страхових премій - в залежності від того, який з двох строків коротший. Гарантована ставка інвестиційного доходу не перевищує 4% річних.

Тарифні знижки та надбавки:

• доплата за страхування без обстеження: 0,01% страхової суми протягом строку оплати страхової премії. При страховій сумі до \$ 10.000,- або 50.000 грн. медичне обстеження не призводить до скасування доплати.

• доплата за фіксовану суму:

до \$ 5.000,- (доларів США) або 25.000 грн. 0,2 % страхової суми

• знижка за фіксовані суми:

від \$ 20.000,- (доларів США) або 100.000 грн. 0,1% страхової суми

від \$ 50.000,- (доларів США) або 250.000 грн. 0,2% страхової суми

від \$ 100.000,- (доларів США) або 500.000 грн. 0,25% страхової суми

• збільшення розміру першої страхової премії: на \$ 10,- (доларів США) або 50 грн.

• доплати за розстрочку страхових премій:

при піврічній сплаті 2%

при трьохмісячній сплаті 4%

при місячній сплаті 6%

Тариф GX-2: Страхування життя двох осіб на випадки смерті і дожиття з участю у резервах бонусів з незмінною величиною страхової премії, яка сплачується протягом всього строку страхування або за короткий період.

Строк виплати страхової суми разом з накопиченими сумами резервів бонусів по договору настає тоді, коли закінчується дія договору. Якщо одна з Застрахованих осіб помирає до завершення дії договору, виплачується страхова сума разом з сумами резервів бонусів по договору, накопиченими до дня смерті. На момент здійснення страхової виплати страхові премії мають бути сплачені до кінця року, в якому страхова виплата належить до сплати, або до кінця узгодженого строку сплати страхових премій - в залежності від того, який з двох строків коротший. Гарантована ставка інвестиційного доходу не перевищує 4% річних.

Тарифні знижки та надбавки:

• доплата за страхування без обстеження:

для одної Застрахованої особи: 0,2% страхової суми протягом строку сплати страхових премій

для двох Застрахованих осіб: 0,3% страхової суми протягом строку сплати страхових премій

• доплата за фіксовану суму:

до \$ 5.000,- (доларів США) або 25.000 грн. 0,2 % страхової суми

• знижка за фіксовані суми:

від \$ 20.000,- (доларів США) або 100.000 грн. 0,1% страхової суми

від \$ 50.000,- (доларів США) або 250.000 грн. 0,2% страхової суми

від \$ 100.000,- (доларів США) або 500.000 грн. 0,25% страхової суми

• збільшення розміру першої страхової премії: на \$ 10,- (доларів США) або 50 грн.

• доплати за розстрочку страхових премій:

при піврічній сплаті 2%

при трьохмісячній сплаті 4%

при місячній сплаті 6%

Тариф GX-3: Страхування життя на твердо встановлений строк з участю у резервах бонусів з незмінною страховою премією, що сплачується протягом всього строку страхування або за короткий період.

Виплата страхової суми разом з накопиченими сумами резервів бонусів, як в разі дожиття Застрахованої особи до закінчення строку страхування, так і в разі смерті, здійснюється при закінченні строку дії договору страхування. В разі смерті Застрахованої особи Вигодонабувач може отримати до закінчення строку дії договору (надіславши заяву Страховику) дисконтовану страхову суму. Дисконтована страхова сума дорівнює дійсній вартості страхової суми за договором страхування і розраховується із застосуванням встановленої розрахунками страхових продуктів ставки інвестиційного доходу з урахуванням строку, що залишився до закінчення дії договору. На момент здійснення страхової виплати страхові премії мають бути сплачені до кінця року, в якому Застрахована особа померла, або до кінця узгодженого строку сплати страхових премій - в залежності від того, який з двох строків коротший. Гарантована ставка інвестиційного доходу не перевищує 4% річних.

Тарифні знижки та надбавки:

• доплата за страхування без обстеження:

0,2% страхової суми протягом строку оплати страхової премії.

При страховій сумі до \$ 10.000,- або 50.000 грн. медичне обстеження не призводить до скасування доплати.

• доплата за фіксовану суму:

до \$ 5.000,- (доларів США) або 25.000 грн. 0,2 % страхової суми

• знижка за фіксовані суми:

від \$ 20.000,- (доларів США) або 100.000 грн. 0,1% страхової суми

від \$ 50.000,- (доларів США) або 250.000 грн. 0,2% страхової суми

від \$ 100.000,- (доларів США) або 500.000 грн. 0,25% страхової суми

• збільшення розміру першої страхової премії: на \$ 10,- (доларів США) або 50 грн.

• доплати за розстрочку страхових премій:

при піврічній сплаті 2%

при трьохмісячній сплаті 4%

при місячній сплаті 6%

Тариф GX-5S: Страхування життя на випадки смерті і дожиття з участю у резервах бонусів з незмінною страховою премією, що сплачується протягом всього строку страхування або за короткий період, і диференційованою страховою сумою на випадок смерті.

Страхова сума виплачується разом з накопиченими сумами резервів бонусів по договору у випадку дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії договору страхування. Якщо Застрахована особа вмирає під час дії договору страхування, то виплачується сума на випадок смерті, яка складає стільки ж часток страхової суми на випадок дожиття, скільки й коефіцієнт, що дорівнює відношенню кількості років дії страхування, що вже пройшли, включно з роком, в якому відбулася страхова подія, або узгодженому строку сплати страхових премій, в залежності від того, який з двох строків коротший, до загальної кількості узгоджених років сплати страхової премії. В разі смерті виплачується розрахована сума разом з сумами резервів бонусів по договору, накопиченими до дати смерті. На момент здійснення страхової виплати страхові премії мають бути сплачені до кінця року, в якому страхова виплата належить до сплати, або до кінця узгодженого строку сплати страхових премій - в залежності від того, який з двох строків коротший. Гарантована ставка інвестиційного доходу не перевищує 4% річних.

Тарифні знижки та надбавки:

• доплата за страхування без обстеження: 0,01% страхової суми протягом строку оплати страхової премії. При страховій сумі до \$ 10.000,- або 50.000 грн. медичне обстеження не призводить до скасування доплати.

• доплата за фіксовану суму:

до \$ 5.000,- (доларів США) або 25.000 грн. 0,2 % страхової суми

• знижка за фіксовані суми:

від \$ 20.000,- (доларів США) або 100.000 грн. 0,1% страхової суми

від \$ 50.000,- (доларів США) або 250.000 грн. 0,2% страхової суми

від \$ 100.000,- (доларів США) або 500.000 грн. 0,25% страхової суми

• збільшення розміру першої страхової премії: на \$ 10,- (доларів США) або 50 грн.

• доплати за розстрочку страхових премій:

при піврічній сплаті 2%

при трьохмісячній сплаті 4%

при місячній сплаті 6%

Тариф GX-11: Страхування життя з участю у резервах бонусів на випадки смерті і дожиття з одноразовою сплатою страхової премії.

Страхова сума виплачується разом з накопиченими сумами резервів бонусів по договору у випадку дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії договору страхування. Якщо Застрахована особа вмирає під час дії договору страхування, то виплачується страхова сума разом з сумами резервів бонусів по договору, накопиченими до дати смерті. Страхова премія сплачується одноразово на початку дії страхування. Гарантована ставка інвестиційного доходу не перевищує 4% річних. Збільшення розміру першої страхової премії: на \$ 10,- (доларів США) або 50 грн.

Тариф GDХ-1: Страхування життя на випадки смерті та дожиття або діагностування певних важких хвороб із участю у резервах бонусів з незмінною страховою премією, що сплачується протягом всього строку страхування або за короткий період.

Страхова сума разом з накопиченими сумами резервів бонусів по Договору страхування виплачується або при діагностуванні певної важкої хвороби у Застрахованої особи, або у випадку дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору страхування, або у випадку її смерті. На момент здійснення Страхової виплати страхові премії мають бути сплачені до кінця року, в якому у Застрахованої особи діагностовано певну важку хворобу, або Застрахована особа померла, або до кінця узгодженого строку сплати страхових премій - в залежності від того, який з строків коротший. Гарантована ставка інвестиційного доходу не перевищує 4% річних.

Тарифні знижки та надбавки:

• доплата за страхування без обстеження: 0,2% страхової суми протягом строку оплати страхової премії. Страховик оплачує витрати за проходження медичного огляду самостійно.

• доплата за фіксовану суму:

до \$ 5.000,- (доларів США) або 25.000 грн. 0,2 % страхової суми

• знижка за фіксовані суми:

від \$ 20.000,- (доларів США) або 100.000 грн. 0,1% страхової суми

від \$ 50.000,- (доларів США) або 250.000 грн. 0,2% страхової суми

від \$ 100.000,- (доларів США) або 500.000 грн. 0,25% страхової суми

• збільшення розміру першої страхової премії: на \$ 10,- (доларів США) або 50 грн.

• доплати за розстрочку страхових премій:

при піврічній сплаті 2%

при трьохмісячній сплаті 4%

при місячній сплаті 6%

Тариф GX1T: Страхування життя на випадки смерті і дожиття до певного віку з участю у резервах бонусів з незмінною страховою премією, що сплачується протягом визначеного строку.

Строк виплати Страхової суми разом з накопиченими сумами резервів бонусів по Договору страхування настає тоді, коли закінчується дія Договору страхування. Якщо Застрахована особа помирає до завершення дії Договору страхування, виплачується Страхова сума разом з сумами резервів бонусів по Договору страхування, накопиченими до дня смерті. На момент здійснення Страхової виплати, страхові премії мають бути сплачені до кінця року, в якому страхова виплата належить до сплати, або до кінця узгодженого терміну сплати страхових премій - в залежності від того, який з двох строків коротший. Договір укладається на строк до досягнення Застрахованою особою віку у 85 років. Гарантована ставка інвестиційного доходу не перевищує 4% річних..

Тарифні знижки та надбавки:

• доплата за страхування без медичного обстеження: 0,4% страхової суми протягом строку оплати страхової премії.

• доплата за фіксовану суму:

до \$ 5.000,- (доларів США) або 25.000 грн. 0,2 % страхової суми

• збільшення розміру першої страхової премії: на \$ 10,- (доларів США) або 50 грн.

• доплати за розстрочку страхових премій:

при піврічній сплаті 2%

при трьохмісячній сплаті 4%

при місячній сплаті 6%

Тариф RX-1: Страховання життя на випадок смерті на визначений термін з незмінною страховою сумою та премією, яка сплачується протягом всього терміну страхування або за коротший період.

Якщо Застрахована особа вмирає під час дії договору страхування, то виплачується страхова сума. Строк дії договору страхування фіксується у договорі страхування. На момент здійснення страхової виплати страхові премії мають бути сплачені до кінця року, в якому страхова виплата належить до сплати, або до кінця узгодженого строку сплати страхових премій - в залежності від того, який з двох строків коротший. У разі смерті Застрахованої особи, не спричиненої нещасним випадком, протягом шести місяців з початку дії страхового забезпечення за договорами, укладеними без медичного обстеження, виплачуються виключно внесені страхові премії.

Тарифні знижки та надбавки:

• доплата за страхування без обстеження: 0,2% страхової суми протягом строку оплати страхової премії. При страховій сумі до \$ 10 000 або 50 000 грн. медичне обстеження не призводить до скасування доплати.

• збільшення розміру першої страхової премії: на \$ 10,- (доларів США) або 50 грн.

• доплати за розстрочку страхових премій:

при піврічній сплаті 2%

при трьохмісячній сплаті 4%

при місячній сплаті 6%

Б) Тарифи Додаткового страхування:

Тариф RXZ: Додаткове страхування ризику смерті на визначений строк на обумовлену страхову суму при сплаті страхової премії протягом всього строку страхування.

Виплата страхової суми здійснюється, якщо Застрахована особа вмирає під час обумовленого строку дії страхування. На момент здійснення страхової виплати страхові премії мають бути сплачені до кінця року, в якому страхова виплата належить до сплати.

Страхова сума становить:

2000 (доларів США) або 10000 грн., якщо розмір загальної щорічної страхової премії за договором до 500 (доларів США) або 2500 грн.

3000 (доларів США) або 15000 грн. при щорічній страховій премії від 500 (доларів США) або 2500 грн.

Тарифні надбавки:

• доплата за страхування без обстеження: 0,2% страхової суми протягом строку оплати страхової премії.

• доплати за розстрочку страхових премій: відповідно тарифу Головного страхування

Тариф UTZ: Додаткове страхування на випадок смерті від нещасного випадку.

Виплата страхової суми по додатковому страхуванню здійснюється у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку під час дії додаткового страхування. Страхові премії сплачуються протягом строку додаткового страхування поки Застрахована особа жива або до закінчення строку дії додаткового страхування, в залежності від того, який строк коротший. Доплати за розстрочку страхових премій відповідно тарифу Головного страхування.

Тариф UI-30: Додаткове страхування на випадок тривалої інвалідності від 30% внаслідок нещасного випадку.

Страхова виплата здійснюється у випадку встановлення тривалої інвалідності Застрахованої особи у розмірі 30% та вище внаслідок нещасного випадку, що стався в період страхового покриття. Тривала інвалідність та її ступінь визначаються на засадах Правил страхування та таблиці для визначення ступеня інвалідності (в %). Розмір виплати відповідає ступеню визначеної інвалідності. На момент здійснення страхової виплати страхові премії мають бути сплачені до кінця року, в якому настав страховий випадок, і в такому разі додаткове страхування закінчується, або до закінчення узгодженого терміну додаткового страхування, в залежності від того, який термін коротший. Доплати за розстрочку страхових премій відповідно тарифу Головного страхування.

Тариф UI-100: Додаткове страхування на випадок повної тривалої інвалідності внаслідок нещасного випадку.

Страхова виплата здійснюється у випадку встановлення повної (100%) тривалої інвалідності Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що стався в період страхового покриття. 100% тривала інвалідність визначається на засадах Правил страхування та таблиці для визначення ступеня інвалідності (у %). Розмір виплати відповідає розміру страхової суми. На момент здійснення страхової виплати страхові премії мають бути сплачені до кінця страхового періоду, в якому настав страховий випадок або смерть, і в такому разі додаткове страхування закінчується, або до закінчення узгодженого терміну додаткового страхування, в залежності від того, який термін коротший. Доплати за розстрочку страхових премій відповідно тарифу Головного страхування.

Тариф UI50P: Додаткове страхування на випадок тривалої інвалідності від 50% внаслідок нещасного випадку із звільненням від сплати страхових премій.

У випадку встановлення тривалої інвалідності Застрахованої особи у розмірі 50% та вище внаслідок нещасного випадку, що стався у період страхового покриття, чергові страхові премії за тарифом Головного страхування не сплачуються, починаючи із страхового періоду, наступного за страховим періодом, коли була встановлена така інвалідність. Якщо ступінь тривалої інвалідності становить менше 50%, звільнення від подальшої сплати чергових страхових премій не здійснюється. Тривала інвалідність та її ступінь визначаються на засадах Правил страхування та таблиці для визначення ступеня інвалідності (у %). Страхові премії мають бути сплачені до кінця страхового періоду, в якому Застрахована особа померла або отримала тривалу інвалідність від 50%, або до закінчення строку додаткового страхування, в залежності від того, який строк коротший. Доплати за розстрочку страхових премій відповідно тарифу Головного страхування.

Тариф KHXZ: Додаткове страхування на випадок госпіталізації у стаціонар внаслідок нещасного випадку або хвороби.

Якщо Застрахована особа потребує медично-обґрунтованого стаціонарного лікування внаслідок нещасного випадку або хвороби, Страховик здійснює щодобову страхову виплату за наступних умов:

• початок виплат можливий тільки після закінчення періоду очікування;

• в межах 180 днів протягом одного страхового року, а також до дати закінчення дії Договору страхування;

• виплати здійснюються, якщо Застрахована особа перебуває у медичному стаціонарному закладі не менше п'яти днів;

• щодобова страхова виплата здійснюється в узгодженому розмірі, не залежно від фактичних витрат на лікування.

Страховим випадком вважається перебування на стаціонарному лікуванні у медичних установах та санаторіях, які офіційно акредитовані Міністерством охорони здоров'я України, знаходяться під постійним керівництвом медичних фахівців. В рамках цього Тарифу медичним закладами не вважаються реабілітаційні центри, лікарні відновного лікування, будинки престарілих, центри з нагляду за пацієнтами із хворобами легень та іншими невиліковними хворобами, пансіонати, курорти, лікарняні заклади для нервово-неврівноважених, психічнохворих та недієздатних пацієнтів, а також будь-які відділення цих установ.

При настанні страхового випадку з приводу пологів за наявності свідоцтва про народження дитини виплата здійснюється за 5 днів, незалежно від часу фактичного перебування в пологовому будинку. За кожну наступну дитину, народжену у поточному страховому періоді, виплачується половина суми від попередньої виплати, пов'язаної з народженням першої дитини.

Доплати за розстрочку страхових премій відповідно тарифу Головного страхування.

Тариф КОХЗ: Додаткове страхування на випадок операції внаслідок нещасного випадку або хвороби.

Страховим випадком є хірургічна операція, яка є необхідністю внаслідок нещасного випадку або хвороби Застрахованої особи. Хірургічною операцією вважається оперативне втручання зі здійсненням хірургічного розтину, яке проводиться хірургом у медичному закладі із лікувальною метою або із метою корекції функцій організму за допомогою різних засобів роз'єднання та сполучання тканин (надалі – Операція). Операція має здійснюватись в операційній кімнаті.

Страховим випадком не вважається Операція, пов'язана з вагітністю Застрахованої особи, у тому числі з викиднями та абортами.

На момент здійснення Страхової виплати страхові премії мають бути сплачені до кінця року, в якому настав Страховий випадок, або до закінчення узгодженого строку додаткового страхування, в залежності від того, який строк коротший.

Доплати за розстрочку страхових премій відповідно тарифу Головного страхування.

Тариф RDX1Z3: Страхування на випадок діагностування однієї з трьох важких хвороб

Страхова сума за Тарифом виплачується при діагностуванні у Застрахованої особи однієї з трьох важких хвороб, які мають бути виявлені вперше у період дії Договору страхування. На момент здійснення страхової виплати страхові премії мають бути сплачені до кінця року, в якому у Застрахованої особи діагностовано певну важку хворобу.

Страхове покриття розповсюджується на наступні три важкі хвороби Застрахованої особи:

- Інфаркт міокарда;
- Карцинома (злоякісна пухлина, рак);
- Інсульт, апоплексія.

В) Тарифи Пенсійного опціону:

Тарифи PVX: Пенсійні опціони по закінченню дії договору страхування (PVX) – страхування ануїтету протягом визначеного строку або довічно з опцією захисту капіталу, опцією переходу пенсії до іншої особи у випадку смерті першої особи.

Позначення Тарифів та короткий опис:

PVX0: ануїтет на визначений строк з захистом капіталу та з участю у резервах бонусів

PVX2: ануїтет на визначений строк без гарантованого періоду виплат з опцією переходу виплат до іншої особи та з участю у резервах бонусів

PVX6: довічний ануїтет без гарантованого періоду виплат з опцією переходу виплат до іншої особи та з участю у резервах бонусів

PVX9: довічний ануїтет з захистом капіталу та з участю у резервах бонусів

Опис Тарифів

Виплата ануїтету (пенсії) починається по закінченню дії договору страхування, який передбачає страховий випадок "дожиття Застрахованої особи", якщо така форма виплати обирається замість одноразової страхової виплати, - за тарифами PVX, та продовжується до смерті одержувача пенсії - застрахованої особи, але не довше закінчення обумовленого строку ануїтету (пенсійних виплат). В разі вибору опції переходу пенсії до іншої особи – іншої застрахованої особи, пенсійні виплати продовжуватимуться іншій особі, при умові, що та жива на момент смерті першої застрахованої особи. Виплати іншій застрахованій особі припиняються в разі її смерті, та здійснюються не довше закінчення обумовленого строку пенсійних виплат. При виборі опції захисту капіталу в разі смерті одержувача ануїтету у період пенсійних виплат різниця між інвестованим капіталом (страховою виплатою по закінченню дії договору страхування) та всіма пенсійними виплатами, які були сплачені одержувачу ануїтету, але не більше загальної суми всіх належних до сплати пенсійних виплат, підлягає виплаті при умові, що розмір отриманих ним пенсійних виплат не перевищує розміру інвестованого капіталу.

Розрахункова сучасна одиниця пенсійних виплат відповідає валюті договору страхування життя, по закінченню дії якого обирається пенсійний опціон.



ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя»
вул. Велика Васильківська, 65, м. Київ, 03150, Україна
тел. +380 44 490-59-10, факс +380 44 490-59-11
МТС: +380 50 438-50-50, Київстар: +380 98 438-50-50
+380 800-30-50-50 (безкоштовно з усіх стаціонарних телефонів у межах України)
Ліцензія видана Держфінпослуг України, серія АВ №4999999 від 09.11.2010
Дата реєстрації Національною комісією, що здійснює
державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг України №0113038 від 05.03.2013