

ЗАТВЕРДЖЕНО:

Рішенням Правління

Приватного акціонерного товариства

«ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя»

№15 від 09 вересня 2021 року

Голова правління

Приватного акціонерного товариства

«ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя»

Уповноважена особа

Приватного акціонерного товариства

«ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя»

Handwritten signature

Н.В. Базилевич



Handwritten signature

О. Вебер

**ЗМІНИ та ДОПОВНЕННЯ №6
до ПРАВИЛ
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ
ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя»**

2021 рік

Керуючись Законом України «Про страхування», Положенням про визначення умов провадження діяльності з надання фінансових послуг, здійснення яких потребує відповідної ліцензії (ліцензійних умов), затвердженими Постановою Правління Національного банку України від 30 березня 2021 року за № 27, Приватним акціонерним товариством «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя» прийнято рішення внести зміни та доповнення до Правил добровільного страхування життя ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя», зареєстрованим Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 05.03.2013 р. за №0113038 (надалі – Правила) у редакції, викладеній нижче.

1. Внести зміни до розділу «Зміст» Правил, шляхом викладення його у наступній редакції

РОЗДІЛ 1	ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ
1.1.	Визначення основних понять
1.2.	Укладення договору страхування
1.3.	Строк та місце дії договору страхування
1.4.	Зміна адреси Страхувальника
1.5.	Порядок і умови здійснення страхових виплат. Строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхових виплат
1.6.	Права та обов'язки сторін Договору страхування. Відповідальність сторін за невиконання умов Договору
1.7.	Участь третіх осіб у Договорі страхування
1.8.	Страхова премія
1.9.	Початок і кінець дії страхового покриття
1.10.	Порядок внесення змін до Договору страхування
1.11.	Право на одержання страхових виплат
1.12.	Втрата полісу
1.13.	Припинення дії Договору страхування
РОЗДІЛ 2	УМОВИ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ (Головне страхування)
2.1.	Страхові ризики та страхові випадки. Порядок визначення розмірів страхових сум та страхових виплат
2.2.	Зменшення розміру страхової суми. Виплата викупної суми
2.3.	Дії Страхувальника (Вигодонабувача) в разі настання страхового випадку. Документи, що підтверджують настання страхового випадку
2.4.	Причини відмови у страховій виплаті
2.5.	Страхова виплата у формі анuitету
2.6.	Участь у резервах бонусів
2.7.	Невірні дані про вік Застрахованої особи
2.8.	Особливі умови страхування життя на випадки смерті та дожиття або діагностування певних важких хвороб
РОЗДІЛ 3	УМОВИ ДОДАТКОВОГО СТРАХУВАННЯ РИЗИКУ СМЕРТІ (Додаткове страхування)
3.1.	Страховий випадок
3.2.	Ліміт Страхової суми
3.3.	Закінчення Страхового покриття
3.4.	Права Страхувальника щодо дострокового припинення дії Додаткового страхування ризику смерті
3.5.	Участь у резервах бонусів
3.6.	Дія положень розділів 1 і 2 Правил

РОЗДІЛ 4	ЗАГАЛЬНІ УМОВИ ДОДАТКОВОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (Додаткове страхування)
4.1.	Страховий ризик
4.2.	Поняття нещасного випадку
4.3.	Обмеження, щодо осіб, які підлягають додатковому страхуванню на випадок нещасного випадку
4.4.	Нещасні випадки, на які не поширюється дія Договору страхування; виключення із страхових випадків
4.5.	Суттєві обмеження дії страхового покриття
4.6.	Тривала інвалідність внаслідок нещасного випадку як страховий випадок.
4.7.	Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку як страховий випадок
4.8.	Дії при розбіжностях думок (медична експертна комісія)
4.9.	Припинення дії Додаткового страхування
4.10.	Зміна професійної діяльності чи роду занять Застрахованої особи
4.11.	Дії Страхувальника (Вигодонабувача) в разі настання страхового випадку
4.12.	Додаткові підстави відмови у страховій виплаті
РОЗДІЛ 5	УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК СМЕРТІ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (Додаткове страхування)
5.1.	Страховий випадок. Страхова виплата. Страхове покриття
5.2.	Дія положень розділу 4 Правил
5.3.	Дія положень розділів 1 і 2 Правил
РОЗДІЛ 6	УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ТРИВАЛОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (Додаткове страхування)
6.1.	Страхова виплата. Страховий випадок. Страхове покриття
6.2.	Дія положень розділу 4 Правил
6.3.	Дія положень розділів 1 і 2 Правил
РОЗДІЛ 7	УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ У СТАЦІОНАР ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ АБО ХВОРОБИ (Додаткове страхування)
7.1.	Страховий випадок та Страхове покриття
7.2.	Виключення зі Страхових випадків. Період очікування
7.3.	Обмеження щодо осіб, які підлягають страхуванню
7.4.	Розмір Страхової виплати при настанні Страхового випадку
7.5.	Дія положень розділів 1 і 2 Правил
РОЗДІЛ 8	УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ОПЕРАЦІЇ ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ АБО ХВОРОБИ (Додаткове страхування)
8.1.	Страховий випадок та Страхове покриття
8.2.	Виключення із Страхових випадків. Період очікування
8.3.	Обмеження щодо осіб, які підлягають страхуванню
8.4.	Розмір Страхової виплати при настанні Страхового випадку
8.5.	Дія положень розділів 1 і 2 Правил
РОЗДІЛ 9	УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ДІАГНОСТУВАННЯ ОДНІЄЇ З ТРЬОХ ВАЖКИХ ХВОРОБ (Додаткове страхування)

9.1.	Страховий випадок
9.2.	Страхове покриття. Період очікування
9.3.	Страхова виплата
9.4.	Обмеження щодо осіб, які підлягають страхуванню
РОЗДІЛ 10	СТРАХУВАННЯ ГРУПИ ОСІБ
10.1.	Страхування групи осіб
РОЗДІЛ 11	ОСОБЛИВІ УМОВИ. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ
11.1.	Угода про середній валютний курс
11.2.	Індексація страхової суми та страхової премії
11.3.	Кредит під заставу викупної суми
11.4.	Угода про платежі
11.5.	Порядок вирішення спорів

2. Внести зміни до пункту 1.1.19. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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.».

3. Внести зміни до пункту 1.2.4. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«1.2.4. Не підлягають страхуванню особи, які визнані судом недездатними, 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.».

4. Доповнити Правила новим п. 1.2.5. у наступній редакції:

«1.2.5. Страховик має право відмовити Страхувальнику в укладанні Договору страхування. В тому числі, але не виключно, Страховик має право відмовити Страхувальнику в укладанні Договору страхування у 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.».

5. Внести зміни до пункту 1.6.2.3.2. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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.».

6. Внести зміни до пункту 2.1.7. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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.».

7. Внести зміни до пункту 2.1.8. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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.».

8. Внести зміни до пункту 2.8.2.1. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«2.8.2.1. Інфаркт міокарда

Інфаркт міокарда - одна із клінічних форм ішемічної хвороби серця, яка характеризується розвитком ішемічного незворотного некрозу частини серцевого м'яза 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 (снзимодіагностика: 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. Внести зміни до пункту 2.8.2.2. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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 (РТСА);
- інші внутрішньо артеріальні терапевтичні процедури;
- мінімально-інвазивна хірургія;
- стентування.».

10. Внести зміни до пункту 2.8.2.3. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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, 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 В 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 2010р.;
- мікроінвазивна карцинома молочної залози, яка не потребує мастектомії;
- мікроінвазивний рак шийки матки за умови, що не потрібна гістеректомія.».

11. Внести зміни до пункту 2.8.2.4. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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.».

12. Внести зміни до пункту 2.8.2.6. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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.»

13. Внести зміни до пункту 2.8.2.7. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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.».

14. Внести зміни до пункту 2.8.2.8. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«2.8.2.8. Параліч

Параліч - повний, тривалий, незворотній параліч кінцівок у результаті захворювання або механічного ушкодження спинного мозку, який має наслідком параплегію (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.».

15. Внести зміни до пункту 2.8.2.12. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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.».

16. Внести зміни до пункту 2.8.2.15. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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 Тіффно);
- 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 умови 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.».

17. Внести зміни до пункту 2.8.4. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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.».

18. Внести зміни до пункту 2.8.6.1. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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 трапляється 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, бейздзампінг, банджідзампінг, 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.».

19. Внести зміни до пункту 7.1.3. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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, 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.».

20. Доповнити Правила новим п. 7.1.7. у наступній редакції:

«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.».

21. Внести зміни до пункту 7.2.1. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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.».

22. Внести зміни до пункту 7.2.6. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

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

- неінвазивної карциноми *in situ*, карциноми шкіри, окрім інвазивних зпоякісних 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 біллі, 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 певних випадків, пов'язаних з виконанням Застрахованою особою небезпечних видів спорту чи іншими ризикованими хобі, включаючи дайвінг, велоспорт, стрибки з парашутом, кайтінг, 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 дії некваліфікованого лікаря;
- будь-якого лікування, яке виконане без медичної необхідності;
- променевої терапії, радіотерапії, хіміотерапії;
- перитонеального діалізу;
- лікування, що має запобіжний, а не лікувальний характер.».

23. Внести зміни до пункту 7.2.7. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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.»

24. Внести зміни до пункту 7.2.8. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«7.2.8. Для всіх медичних обстежень чи процедур, безпосередньо чи опосередковано пов'язаних з пологоми 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.»

25. Внести зміни до пункту 7.2.10. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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 (злоякісні 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 кровносно-судинної системи, в тому числі підвищений кров'яний тиск;
- виразка шлунку та/або дванадцятипалої кишки;
- спинна грижа;
- гідроцеле (водянка яєчка);
- ушкодження меніска;
- туберкульоз.»

26. Внести зміни до пункту 7.3.1. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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.»

27. Внести зміни до пункту 7.3.3. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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.».

28. Внести зміни до пункту 8.1.1. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«8.1.1. Страховим випадком є хірургічна операція, яка є необхідністю 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.».

29. Доповнити Правила новим п. 8.1.3. у наступній редакції:

«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 премій”. 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.».

30. Внести зміни до пункту 8.2.1. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«8.2.1. До Страхових випадків не відноситься 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.».

31. Внести зміни до пункту 8.2.3. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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, аніж 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, рафтінг, банджі джампінг та інші види перегонів, окрім бігу;
- захворювань та станів в офтальмології (в тому числі але не виключно, короткозорості, далекозорості, астигматизму, астеноспатії, 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.».

32. Внести зміни до пункту 8.2.5. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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.».

33. Внести зміни до пункту 8.2.6. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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 міжпозвонкові;
- всі види пухлин (злаякісні та доброякісні, включаючи фолікулярні);
- сндомистріоз;

- 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.».

34. Внести зміни до пункту 8.3.1. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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.».

35. Внести зміни до пункту 8.3.3. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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.».

36. Внести зміни до пункту 8.4.6. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«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, емболектомія, 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 водящі ясчок; 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 використаннями 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,	60%
• розширена лобектомія легенів, операції на серці (заміна клапанів серця)	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,	100%
• Встановлення аортного байпасу у поєднанні із іншими оперативними втручаннями на серці	90%
• пересадка органів: серця, легенів, печінки,	100%
• пересадка органів: нирок	90%

**37. Після Розділу 8 Правил доповнити Правила новим розділом у наступній редакції:
«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 ішемічногонеозворотнього некрозу частини серцевого м'яза 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 (підтвержене 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 аспаратаміно-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 Та;
 - 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 2010р.;
 - 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 - ТІА (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, аніж 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 Страхувальником чергової премії за Додатковим страхуванням на випадок діагностування однієї з трьох важких хвороб 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.

9.2.5. Період очікування за умовами страхування на випадок діагностування у Застрахованій особі 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 Застрахованій особі однієї з трьох важких хвороб (Додаткове страхування) припиняється.

9.3.3. Вигодонабувачем на випадок діагностування у Застрахованій особі 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 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 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 Застрахованій особі 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 Застрахованій особі 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 Застрахованій особі однієї з трьох важких хвороб, які мають бути виявлені вперше у період дії договору припиняється.»

38. У зв'язку із доповненням Правил новим розділом, Розділи 9 та 10 Правил вважати відповідно Розділами 10 та 11.

39. Доповнити пункт Б) (Тарифи Додаткового Страхування) Розділу 1 Додатку № 1 до Правил останнім абзацом:

«Тариф RDX1Z3: Страхування на випадок діагностування однієї з трьох важких хвороб (додаткове страхування)».

40. Внести зміни до пункту 6 опису Тарифу GDX-1, викладеного в Додатку №1 до Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«6. Період очікування»

Виплачуються виключно внесені страхові премії у разі діагностування у Застрахованої особи (її дитини) протягом шести місяців з початку дії страхового покриття певної важкої хвороби, а саме: аортальне шунтування серця (баспас); карцинова (злоякісна пухлина, рак); хронічна ниркова недостатність; пересадка органів; розсіяний склероз (хронічне захворювання центральної нервової системи); операція на аорті; заміна клапанів серця (вальвулярна заміна); доброякісна пухлина мозку; хронічна недостатність печінки; хронічне обструктивне захворювання легень (кінцева стадія).

Виплачуються виключно внесені страхові премії у разі діагностування у Застрахованої особи (її дитини) протягом трьох місяців з початку дії страхового покриття певної важкої хвороби, а саме: інфаркт міокарда; інсульт, апоплексія; параліч; втрата зору; кома; втрата кінцівок; важка травма голови; важкі опіки; втрата голосу та мовної функції; глухота.

У разі смерті Застрахованої особи, не спричиненої нещасним випадком, протягом шести місяців з початку дії страхового покриття за Договорами страхування, укладеними без медичного обстеження, виплачуються виключно внесені страхові премії.».

41. Внести зміни до пункту 2 опису Тарифу KHXZ, викладеного в Додатку №1 до Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«2. Страхові випадки»

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 діб 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 діб;
- ✓ 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 медичними закладами не вважаються реабілітаційні центри, лікарні відновного лікування, будинки пристарілих, центри з нагляду за пацієнтами із хворобами легень та іншими невилковними 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 діб, незалежно від часу фактичного перебування в пологовому

будинку. За кожен наступну дитину, народжену у поточному страховому періоді, виплачується половина суми від попередньої виплати, пов'язаної з народженням першої дитини.».

42. Внести зміни до пункту 6 опису Тарифу КНХЗ, викладеного в Додатку №1 до Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«6. Період очікування

Період, з якого починає діяти страховий захист після початку дії страхового покриття за Тарифом Головного страхування, становить:

- ✓ 9 місяців - для всіх медичних обстежень чи процедур, безпосередньо чи опосередковано пов'язаних з пологами Застрахованої особи у випадку її госпіталізації;
- ✓ 1 рік - для наступних хвороб: 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 кровносно-судинної системи, в тому числі підвищений кров'яний тиск; виразка шлунку та/або дванадцятипалої кишки; спинна грижа; гідроцеле (водянка яєчка); ушкодження меніска; туберкульоз;
- ✓ 3 місяці – загальноприйнятий період, якщо інше не обумовлено Договором страхування.

Період очікування не розповсюджується на нещасні випадки та гострі інфекційні хвороби (такі як кір, вітрянка, скарлатина, дифтерія та інші), перелік яких зазначено у Правилах страхування, якщо інше не обумовлено Договором страхування.».

43. Внести зміни до пункту 6 опису Тарифу КОХЗ, викладеного в Додатку №1 до Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«6. Період очікування:

Період, з якого починає діяти страховий захист після початку дії Страхового покриття за Тарифом Головного страхування, становить:

- 1 рік – на операції з приводу наступних хвороб та наслідків нещасних випадків: будь-які грижі, в тому числі міжпозвонкові; всі види пухлин (злаякісні та доброякісні, включаючи фолікулярні); ендометріоз; захворювання носової порожнини; збільшення мигдалин та залозиста поліферація; 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, якщо інше не обумовлено Договором страхування;

- 3 місяці – загальноприйнятий період, якщо інше не обумовлено Договором страхування.

Умова щодо періоду очікування не поширюється на операції з приводу наслідків нещасного випадку, при цьому, всі види гриж, які отримані або ускладнені внаслідок нещасного випадку, не вважаються наслідками нещасного випадку.».

44. Доповнити Розділ 3 Додатку №1 до Правил описом Тарифу RDX1Z3 наступного змісту:

«Тариф RDX1Z3

Страхування на випадок діагностування однієї з трьох важких хвороб (додаткове страхування)

1. Позначення тарифу:

Тариф RDX1Z3.

2. Страхові випадки:

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.

3. Строкові та вікові межі тарифу

а) мінімальний строк сплати страхових премій: дорівнює мініимальному строку сплати страхових премій за Тарифом Головного страхування;

б) максимальний строк сплати страхових премій: обмежено строком страхування;

в) мінімальний вік Застрахованої особи при укладанні договору страхування та максимальний вік Застрахованої особи наприкінці дії договору страхування: відповідно до обмежень за Тарифом Головного страхування.

4. Визначення віку для укладання договору страхування

Вік (технічний) Застрахованої особи на початок дії договору страхування приймається рівним різниці між календарним роком на момент початку дії страхового покриття і роком народження Застрахованої особи.

При страхуванні групи осіб Страхувальником – юридичною особою для розрахунку страхових премій при укладанні договорів страхування або зміні умов договорів страхування застосовується середній вік для всіх застрахованих осіб – 40 років, незважаючи на дійсний вік застрахованих осіб. Для окремо визначеного страхового посередника/посередників Страховик, згідно внутрішніх документів товариства, має право визначити середній (середньозважений) вік для всіх застрахованих осіб, незважаючи на дійсний вік застрахованих осіб - для розрахунку страхових премій при укладанні договорів страхування або зміні умов договорів страхування, та розрахунку математичних резервів.

5. Межі страхової суми

а) мінімальна страхова сума: \$ 3.000,- (доларів США) або 75.000 грн.

б) максимальна страхова сума з медичним обстеженням: обмежується п'ятикратною страховою сумою за Тарифом Головного страхування, але не перевищує \$ 20.000,- (доларів США) або 500.000 грн.

в) максимальна страхова сума без медичного обстеження: сумарна страхова сума за зазначеним Тарифом та Тарифом Головного страхування не повинна перевищувати межі страхової суми, встановлені за Тарифом Головного страхування, але не перевищує \$ 20.000,- (доларів США) або 500.000 грн.

6. Базис розрахунку страхових премій

Розрахунок нетто-премії:

6.1. Українська таблиця смертності населення сільських місцевостей для чоловіків за 1992/93 роки з модифікацією та Таблиця ймовірностей настання однієї з трьох критичних хвороб протягом року в залежності від статі та віку, надана Мюнхенським товариством перестраховання для українського ринку страхування життя.

6.2. доплата безпеки на випадок збільшення захворюваності протягом дії договору: 10% дійсної вартості майбутніх виплат.

6.3. гарантована ставка інвестиційного доходу: до 4% річних.

6.4. формула страхової нетто-премії:

$$P_{x,n} ({}_n A_x^{ci}) = \frac{{}_n A_x^{ci} \cdot 1,10}{i \cdot \ddot{s}_{x,n}}$$

де ${}_n A_x^{ci}$ - дійсна вартість страхової виплати на час укладання договору страхування на n років на випадок діагностування певної важкої хвороби із визначеного переліку в розрахунку на

одну грошову одиницю страхової суми для технічного віку Застрахованої особи на початок страхування x років; ${}_{|n}A_x^{ci} = \sum_{k=0}^n [{}_k p_x^{ci} \cdot i_{x+k} \cdot v^{k+1}]$

${}_{ci}a_{x,n}$ - дійсна вартість щорічного ануїтету пренумерандо терміном n років одиничного розміру, сплачуваного за умови, що Застрахована особа технічного віку x жива, та не хвора важкою хворобою із визначеного переліку (стан «здорова»); ${}_{ci}a_{x,n} = \sum_{k=0}^{n-1} [v^k \cdot {}_k p_x^{ci}]$

$${}_{ci}a_{x,n} = \sum_{t=0}^{n-1} [v^t \cdot {}_t p_x^{ci}] ,$$

$${}_t p_x^{ci} = p_x^{ci} \cdot p_{x+1}^{ci} \cdot p_{x+2}^{ci} \cdot \dots \cdot p_{x+t}^{ci} ,$$

$$p_x^{ci} = p_x \cdot (1 - i_x) ,$$

i_x - ймовірність того, що Застрахованій особі у віці x , що знаходиться у стані «здорова», протягом року буде встановлено діагноз певної важкої хвороби із визначеного переліку;

p_x - вірогідність дожиття Застрахованої особи віком x років до $x+1$ років.

Розрахунок брутто-премії:

Витрати, пов'язані з укладанням та обслуговуванням договору страхування:

6.5. доплата за аквізиційні витрати: до 30% валової річної страхової брутто-премії в залежності від каналу продаж.

6.6. доплата за збір премії (інкасаційні витрати): 4% валової річної страхової премії.

6.7. доплата за адміністрування: 0,075% страхової суми протягом терміну страхового покриття

6.8. формула страхової брутто-премії:

$$\pi_{x,n}({}_{|n}A_x^{ci}) = \frac{{}_{|n}A_x^{ci} \cdot 1,10 + 0,00075 \cdot {}_{ci}a_{x,n}}{(1 - (0,04 + \alpha)) \cdot {}_{ci}a_{x,n}}$$

де α - доплата за аквізиційні витрати

Тарифні знижки та надбавки:

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

6.10. доплати за розстрочений платіж: відповідно Тарифу Головного страхування

6.11. Страховик залишає за собою право встановити підвищений платіж при підвищеному ризику, пов'язаному з професійною або іншою діяльністю та станом здоров'я Застрахованої особи. Конкретний розмір страхового тарифу (застосування ризикової надбавки) у цьому випадку визначається за згодою сторін.

6.12. Формула розрахунку премії, належної до сплати:

$$PV(x,n) = \left[\pi_{x,n}({}_{|n}A_x^{ci}) + oUZu \right] \cdot VS \cdot \frac{1 + uz(pz)}{pz \cdot (1 - vst)}$$

7. Таблиці з примірниками страхових тарифів додаються.»

45. Видалили пункт 9 із Опису Тарифів GX-1, GX-2, GX-3, GX-5S, RX-1, викладених в Додатку №1 до Правил.
46. У зв'язку із видаленням пункт 9 із Опису Тарифів GX-1, GX-2, GX-3, GX-5S, RX-1, викладених в Додатку №1 до Правил, вважати відповідно пункт 10 Опису Тарифів GX-1, GX-2, GX-3, GX-5S, RX-1, викладених в Додатку №1 до Правил, пунктом 9.
47. Внести зміни до пункту 10.2 Опису Тарифу GDX-1, викладеного в Додатку №1 до Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:
«10.2. Додаткові тарифи
Тариф додаткового страхування RDX1Z3 не застосовується.»
48. Доповнити Опис Тарифу GX-11 новим пунктом 9 у наступній редакції:
«9. Особливі умови
Тарифи додаткового страхування не застосовуються.»
49. У зв'язку із доповненням Опис Тарифу GX-11 новим пунктом 9, пункт 9 вважати відповідно пунктом 10.
50. Доповнити Опис Тарифу RKX-11 новим пунктом 10 у наступній редакції:
«10. Особливі умови
Тарифи додаткового страхування не застосовуються.»
51. У зв'язку із доповненням Опис Тарифу RKX-11 новим пунктом 10, пункт 10 вважати відповідно пунктом 11.
52. Доповнити Опис Тарифу RKX5 новим пунктом 10 у наступній редакції:
«10. Особливі умови
Тарифи додаткового страхування не застосовуються.»
53. У зв'язку із доповненням Опис Тарифу RKX5 новим пунктом 10, пункт 10 вважати відповідно пунктом 11.
54. Внести зміни до пункту 4 Опису Тарифу RX-1, викладеного в Додатку №1 до Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:
«4. Визначення віку для укладання договору страхування
Вік Застрахованої особи на початок дії договору страхування приймається рівним різниці між календарним роком на момент початку страхового покриття і роком народження Застрахованої особи.
При страхуванні групи осіб Страхувальником – юридичною особою для розрахунку страхових премій при укладанні договорів страхування або зміні умов договорів страхування застосовується середній вік для всіх застрахованих осіб – 40 років, незважаючи на дійсний вік застрахованих осіб.
Для окремо визначеного страхового посередника/посередників Страховик, згідно внутрішніх документів товариства, має право визначити середній (середньозважений) вік для всіх застрахованих осіб, незважаючи на дійсний вік застрахованих осіб - для розрахунку страхових премій при укладанні договорів страхування або зміні умов договорів страхування, та розрахунку математичних резервів.»
55. Внести зміни до пункту 5 Опису Тарифу RX-1, викладеного в Додатку №1 до Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:
«5. Межі страхової суми
а) мінімальна страхова сума: \$ 10,- (доларів США) або 50,00 грн.

45. Видалили пункт 9 із Опису Тарифів GX-1, GX-2, GX-3, GX-5S, RX-1, викладених в Додатку №1 до Правил.

46. У зв'язку із видаленням пункт 9 із Опису Тарифів GX-1, GX-2, GX-3, GX-5S, RX-1, викладених в Додатку №1 до Правил, вважати відповідно пункт 10 Опису Тарифів GX-1, GX-2, GX-3, GX-5S, RX-1, викладених в Додатку №1 до Правил, пунктом 9.

47. Внести зміни до пункту 10.2 Опису Тарифу GDX-1, викладеного в Додатку №1 до Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«10.2. Додаткові тарифи

Тариф додаткового страхування RDX1Z3 не застосовується.»

48. Доповнити Опис Тарифу GX-11 новим пунктом 9 у наступній редакції:

«9. Особливі умови

Тарифи додаткового страхування не застосовуються.»

49. У зв'язку із доповненням Опис Тарифу GX-11 новим пунктом 9, пункт 9 вважати відповідно пунктом 10.

50. Доповнити Опис Тарифу RKX-11 новим пунктом 10 у наступній редакції:

«10. Особливі умови

Тарифи додаткового страхування не застосовуються.»

51. У зв'язку із доповненням Опис Тарифу RKX-11 новим пунктом 10, пункт 10 вважати відповідно пунктом 11.

52. Доповнити Опис Тарифу RKX5 новим пунктом 10 у наступній редакції:

«10. Особливі умови

Тарифи додаткового страхування не застосовуються.»

53. У зв'язку із доповненням Опис Тарифу RKX5 новим пунктом 10, пункт 10 вважати відповідно пунктом 11.

54. Доповнити Розділ 3 Додатку №1 до Правил, другим абзацом наступного змісту:

«Для окремо визначеного страхового посередника/посередників Страховик, згідно внутрішніх документів товариства, має право визначити середній (середньозважений) вік для всіх застрахованих осіб, незважаючи на дійсний вік застрахованих осіб - для розрахунку страхових премій при укладанні договорів страхування або зміні умов договорів страхування, та розрахунку математичних резервів.»

55. Внести зміни до пункту 5 Опису Тарифу RX-1, викладеного в Додатку №1 до Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«5. Межі страхової суми

а) мінімальна страхова сума: \$ 10,- (доларів США) або 50,00 грн.

б) максимальна страхова сума з медичним обстеженням: не обмежена

в) максимальна страхова сума без медичного обстеження: \$ 50.000,- (доларів США) або 250 000,00 грн. при віці на час початку дії договору страхування до 65 років»

56. В решті редакцію Правил залишити без змін.

57. Ці Зміни і доповнення № 6 до Правил вважаються чинними з дня їх реєстрації Національним банком України.

Уповноважений актуарій:


Федорова Світлана Вікторівна

(діє на підставі Свідоцтва про відповідність кваліфікаційним вимогам до осіб, які можуть займатися актуарними розрахунками, затверджених розпорядженням Держфінпослуг від 08.02.2005 року № 3519, за № 01-034 від 02.08.2018, виданого відповідно до Розпорядження Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг від 02.08.2018 року № 1365).



*Голова Трав
Богданівська Н.В.*

Усього в цьому документі
пронумеровано, прошито,
скріплено печаткою
та підписом
(34) аркуша (ів)

