

1. ОСНОВНІ ВИЗНАЧЕННЯ.

Приватне акціонерне товариство «Страхова Компанія «КД Життя» на підставі цих Загальних умов укладає договори страхування життя (далі – договір страхування). Терміни, що вживаються у загальних умовах, мають таке значення:

1.1. Андеррайтинг – процедура оцінки страхового ризику при прийнятті на страхування. При проведенні Андеррайтингу Страховиком беруться до уваги, зокрема, вік, стать Застрахованої особи (Страховальника), співвідношення зросту та ваги Застрахованої особи (Страховальника), характер роботи і звички, фінансовий стан та стан здоров'я Застрахованої особи (Страховальника) як на момент прийняття на страхування, так і в минулому тощо. Всі дані, отримані Страховиком від Застрахованої особи (Страховальника), є конфіденційними та не підлягають розголошенню.

1.2. Безвідкличний Вигодонабувач – Вигодонабувач, якого не може бути замінено під час дії Договору страхування без його попередньої згоди.

1.3. Вигодонабувач - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами договору страхування та/або відповідно до законодавства. Вигодонабувачем за ризиками іншими, ніж ризик смерті, є Застрахована особа, якщо іншого для кожного окремого ризику не встановлено договором страхування. Якщо договором страхування не встановлено Вигодонабувачів на випадок смерті, Вигодонабувачами вважаються спадкоємці Застрахованої особи за законом відповідно до законодавства України. У такому випадку страхова виплата здійснюється відповідним Вигодонабувачам пропорційно їх спадковим долям.

1.4. Викупна сума - сума грошових коштів, що виплачується страховиком Страховальнику (іншій особі, визначеній договором страхування або законодавством) у разі дострокового припинення дії договору страхування і розраховується математично на день припинення дії договору страхування залежно від періоду, впродовж якого він діяв згідно з методикою, яка є невід'ємною частиною Загальних умов.

1.5. Груба необережність – вчинення дій, прямо заборонених чинним законодавством (законами, правилами, інструкціями тощо) та/або утримання від вчинення дій (бездіяльність), обов'язок виконання яких прямо передбачений чинним законодавством, якщо особа, яка вчиняє зазначені дії (бездіяльність), передбачала (повинна була передбачити) можливість настання страхового випадку внаслідок зазначених дій (бездіяльності).

1.6. Дата платежу – дата надходження страхової премії на розрахунковий рахунок Страховика.

1.7. Договір Страхування – письмова угода між Страховиком і Страховальником, за яким Страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку здійснити Страховальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування, страхову виплату, а Страховальник зобов'язується сплачувати страхові премії та виконувати інші умови договору страхування. Факт укладення договору страхування посвідчується страховим полісом (страховим свідоцтвом, страховим сертифікатом).

1.8. Допоміжні ризики (додаткові) - ризики інші, ніж основні ризики, пов'язані з життям, здоров'ям та/або працездатністю Застрахованої особи (уключаючи смерть у результаті нещасного випадку, травми, критичні захворювання, хвороби, тілесні ушкодження), які можуть бути включені до договору страхування життя додатково до основних ризиків.

1.9. Застрахована особа (Застрахований) – фізична особа, визначена Страховальником у договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за договором страхування.

1.10. Небезпечні види спорту – види спорту, що впливають на визначення ступеня страхового ризику при здійсненні андеррайтингу, зокрема, авіаційний, парашутний, вітрильний спорт, дельтапланеризм, занурення під воду (дайвінг), автототоспорт, стрільба, бокс, єдиноборства та контактні види бойових мистецтв, кінний спорт, велоспорт, гірськолижний спорт, сноуборд, водний туризм (рафтинг, веслування на каное/байдарках), альпінізм, спелеологія та інші види спорту, які потребують спеціального спорядження, а також ті, що прирівнюються до них.

- 1.11. Одноразова страхова премія (страховий внесок, страховий платіж) – плата за страхування, яка сплачується одним платежем.
- 1.12. Основні ризики - ризики, пов'язані з життям Застрахованої особи, включення до договору страхування життя одного чи кількох з яких є обов'язковим.
- 1.13. Строк страхового покриття - період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку під час якого страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов договору або законодавства
- 1.14. Період страхування – частина строку страхового покриття, яка починається з дати набрання чинності договору страхування (дата початку страхування) і закінчується після закінчення строку, вказаного в договорі страхування (дата закінчення страхування). Кожний період страхування дорівнює одному року, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.
- 1.15. Страхова виплата - грошові кошти, що виплачуються страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов договору страхування та/або законодавства. Страхові виплати за договором страхування життя здійснюються в розмірі страхової суми (її частини) та (або) у вигляді регулярних, послідовних виплат обумовлених у договорі страхування сум (ануїтету). Розмір страхової суми та (або) розміри страхових виплат визначаються за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладення договору страхування або внесення змін до договору страхування, або у випадках, передбачених чинним законодавством.
- 1.16. Страхова премія (страховий внесок, страховий платіж) - плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити страховику згідно з договором страхування. Страхова премія сплачується періодично впродовж періоду страхування, крім випадків, коли Страхувальник сплачує одноразову страхову премію.
- 1.17. Страхова річниця – календарна дата, місяць та день якої збігається з визначеною (передбаченою) договором страхування датою початку його дії.
- 1.18. Страхова сума – грошова сума, в межах якої страховик відповідно до умов договору страхування та/або законодавства зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку. Розмір страхової суми встановлюється договором страхування між Страховиком та Страхувальником в момент підписання договору страхування та може бути змінено шляхом укладення додаткової угоди або обміну листами про узгодження відповідної зміни, що засвідчуються підписом сторони, яка їх надсилає, або на підставі законодавства України.
- 1.19. Страхове покриття – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до договору або закону.
- 1.20. Страховий випадок – подія, передбачена договором страхування або законодавством, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування або відповідно до законодавства.
- 1.21. Страховий рік – рік, що починається з дати, яка збігається із страховою річницею, та закінчується із закінченням пільгового періоду.
- 1.22. Страховий ризик – визначена договором страхування подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
- 1.23. Страховий тариф – ставка страхової премії на одиницю страхової суми за визначений період страхування. Розмір страхового тарифу залежить від страхового ризику, строку страхування, статі та актуарного віку Застрахованої особи, терміну та порядку сплати страхової премії.
- 1.24. Страховик – Приватне акціонерне товариство “Страхова Компанія “КД Життя”, створене відповідно до Цивільного кодексу України, Закону України “Про господарські товариства”, Закону України “Про страхування” та інших нормативно-правових актів.
- 1.25. Страхувальник – дієздатна фізична особа або юридична особа, яка уклала договір страхування із Страховиком.
- 1.26. Тілесні ушкодження – порушення анатомічної цілісності або фізіологічних функцій органів та тканин людини, яке виникає внаслідок дії раптових та непередбачуваних зовнішніх факторів.

2. ПРЕДМЕТ ТА ОБ'ЄКТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, страховику на умовах, визначених договором страхування або законодавством України.

2.2. Об'єктом страхування є життя, здоров'я, працездатність.

3. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

3.1. Конкретні умови страхового покриття, включаючи територію дії, строки та вартість визначаються за згодою сторін та викладаються у страховому полісі або договорі страхування (в разі укладення договору із Страхувальником юридичною особою).

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ

4.1. Договір страхування життя, укладений згідно цих Загальних умов може містити такі страхові ризики:

4.1.1. смерть Застрахованої особи незалежно від причини;

4.1.2. захворювання Застрахованої особи критичною хворобою (Варіант А).

5. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ТА СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Договір страхування укладається у письмовій формі.

5.2. Договір страхування, в загальному випадку, укладається на підставі письмової пропозиції укласти договір страхування (далі – пропозиція), направленої Страховику зацікавленою особою (заявленим Страхувальником).

5.3. Пропозиція здійснюється шляхом заповнення заяви на страхування за формою, встановленою Страховиком. Заява складається не менше ніж у двох примірниках, один із яких залишається у Страхувальника.

5.4. До основних критеріїв та вимог до інформації, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, яку надає Страхувальник, у тому числі у заяві на страхування, а також до індивідуальних ознак об'єкта страхування, необхідних для оцінки страхового ризику відносяться:

5.4.1. медичні – оцінка медичних ризиків, а саме стан здоров'я, включаючи перевірку індексу маси тіла, оцінка ризику вживання тютюнових виробів та алкогольних напоїв, спадковість;

5.4.2. професійні – оцінка ризику професійної діяльності;

5.4.3. оцінка ризику занять спорту та хобі;

5.4.4. оцінка географічних ризиків;

5.4.5. оцінка фінансових ризиків.

5.5. Неповна, неточна заява на страхування чи складена нечітким почерком не вважається пропозицією укласти договір страхування та підлягає поверненню заявленому Страхувальнику.

5.6. Пропозиція повинна бути прийнята у строк, вказаний у пропозиції. Якщо пропозицією не встановлено іншого, то строк прийняття пропозиції вважається рівним 30 дням з дня отримання пропозиції Компанією, а у випадку необхідності медичного обстеження – 90 дням з дати прийняття відповідного рішення. Прийняття пропозиції здійснюється відповідним повідомленням. У випадку, якщо відповідь на пропозицію містить зміни, заперечення чи обмеження або інші зміни до пропозиції, така відповідь буде вважатися новою пропозицією. Якщо інша сторона не надсилає відповідь на нову пропозицію протягом 30 днів із дати її надіслання, нова пропозиція вважається відхиленою заявником, про що Страховик письмово його повідомляє. Сплачена страхова премія за відхиленою пропозицією підлягає поверненню у разі та/або на підставі відповідного звернення заявленого Страхувальника.

5.7. На підставі отриманої пропозиції та поданої в ній інформації Страховик здійснює оцінку ризику та приймає рішення про: - прийняття заявленого ризику на страхування та укладення договору, або - відмову від укладення договору; - відмову від укладення договору страхування і надіслання нової пропозиції укласти договір страхування на умовах зміненої страхової суми та/або страхової премії та/або встановлення змін до переліку страхових ризиків та/або виключень зі страхових випадків.

5.7.1. У разі здійснення перерахунку розміру страхової суми (більше ніж на 15% за основними чи додатковими страховими ризиками внаслідок оцінки ризиків) та/або розміру страхового платежу та/або внесення змін до переліку страхових ризиків та/або додаткових виключень зі страхових випадків, Страховик надсилає нову пропозицію укласти договір страхування на нових умовах зі зміненою страховою сумою та/або страховою премією та/або встановленням змін до переліку страхових ризиків та/або виключень зі страхових випадків. Після отримання письмової згоди Страхувальника договір страхування укладається на запропонованих нових умовах.

5.7.2. У разі відмови від укладення договору (відхилення пропозиції заявленого Страхувальника), Страховик письмово повідомляє про це Страхувальнику. Сплачена страхова премія підлягає поверненню на підставі відповідного письмового звернення заявленого Страхувальника.

5.7.3. У разі відмови Страхувальника від пропозиції укласти договір страхування, Страхувальнику повертаються страхової премії за вирахуванням адміністративних витрат (в тому числі витрати на проходження медичного огляду Застрахованою особою).

5.7.4. Факт укладення договору страхування посвідчується, як правило, страховим полісом, що є формою договору страхування.

5.7.5. Невід'ємними частинами договору страхування є:

- письмова заява Страхувальника на укладення договору страхування життя;
- будь-які документи, надані на вимогу Страховика та на підставі яких здійснювалася оцінка страхового ризику;
- додатки до заяви на страхування;
- страховий поліс;
- загальні умови страхового продукту «Критика»;
- інформаційний документ страхового продукту «Критика»;
- додатки до страхового полісу;
- додаткові угоди;
- зміни і доповнення до умов страхування.

5.7.6. Страховий поліс має містити:

- назву та номер документу;
- назву та адресу Страховика;
- прізвище, ім'я, по батькові або назву Страхувальника та Застрахованої особи, їх дати народження;
- інформацію про предмет та об'єкт страхування;
- прізвище, ім'я, по батькові або назву Вигодонабувача за кожним страховим випадком, його дату народження, адресу;
- розмір страхової суми;
- розмір страхової премії та періодичність її сплати;
- страховий тариф;
- перелік страхових ризиків;
- дату початку та дату закінчення договору страхування;
- мінімальний (гарантований) розмір викупної суми на кінець кожного року дії договору страхування життя;

5.8. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування. У договорі страхування, зокрема, може бути передбачений наступний порядок набуття ним чинності: а) з дня, зазначеного у договорі страхування (страховому полісі) як дата початку його дії; б) з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу на розрахунковий рахунок Страховика в повному обсязі або визначеній частині, якщо це обумовлено договором страхування. У будь-якому випадку Продукти страхування не можуть починати свою дію до завершення оцінки ризиків відповідно до процедури андеррайтингу за відповідними страховими ризиками, тобто коли заявлена Застрахована особа визнана Страховиком такою, яка може бути прийнята на страхування згідно визначених ним умов.

5.9. Страховик має право вимагати документи, необхідні для оцінки ступеня страхового ризику, зокрема результати медичного огляду особи, щодо якої подано заяву на страхування. У разі неможливості надання клієнтом необхідних документів, Страховик може на свій розсуд ініціювати

проходження медичного огляду заявленою Застрахованою особою або відмовити у наданні страхового покриття. Медичний огляд проводиться тільки у зазначеному Страховиком закладі. Оплата медичного огляду здійснюється за рахунок Страховика. У випадку відмови від проходження медичного огляду у медичному закладі, визначеному Страховиком, Страховик може відхилити пропозицію укладення договору страхування. У разі подання Страхувальником письмового повідомлення про відмову від укладення договору страхування після проведення медичного обстеження Страховик має право вирахувати кошти, витрачені 12 на проходження медичного огляду Застрахованою особою із суми, що підлягає поверненню.

5.10. Страховик має право вимагати документи, необхідні для оцінки ступеня страхового ризику, зокрема документи, що підтверджують фінансовий стан Страхувальника. У випадку відмови від надання таких документів, Страховик може відмовитись від укладення договору страхування.

5.11. Страховик може відмовитись від укладення договору страхування у випадку, якщо особа, яка подала заяву на страхування, страждає на захворювання, що загрожує її життю та здоров'ю (захворювання крові, серцево-судинні захворювання з порушенням кровообігу, дегенеративно-дистрофічні захворювання центральної нервової системи, системні захворювання, складна форма діабету, термінальні стадії печінкової та ниркової недостатності).

5.12. Страховик також може призупинити розгляд заяви на страхування, якщо особа, яка подала заяву на страхування, страждає на загострення хронічного захворювання або є тимчасово непрацездатною (має тимчасовий розлад здоров'я).

5.13. Договір страхування може бути укладено на будь-якій термін, встановлений за домовленістю сторін, але не менше ніж на один місяць.

5.14. Договір страхування закінчує свою дію о 24 год. 00 хв. дати, що зазначена в договорі страхування як дата закінчення строку дії договору страхування, якщо іншого не встановлено умовами договору страхування. Якщо договір страхування складається із основних та додаткових страхових ризиків, то договір страхування закінчує свою дію разом із закінченням основного страхового ризику.

5.15. У випадку втрати договору страхування та/або будь-якого документу, що є невід'ємною частиною договору страхування, Страховик, на підставі письмової заяви Страхувальника, видає його дублікат. Після отримання дублікату Страхувальником, загублений екземпляр договору страхування та/або будь-якого документу, що є невід'ємною частиною договору страхування, вважається недійсним та страхові виплати за ним не здійснюються. Страхувальник оплачує вартість виготовлення дублікату страхового полісу в розмірі, встановленому Страховиком, якщо інше не передбачено договором.

5.16. Вся кореспонденція щодо договору страхування відсилається за адресами, що вказані в договорі страхування. Про зміну адреси та/або реквізитів сторін сторони зобов'язуються повідомляти один одного заздалегідь.

5.17. Договір страхування діє на необмеженій території, якщо іншого не встановлено законом чи договором.

5.18. У випадку, якщо договір страхування або страховий поліс конкретизує, уточнює або доповнює положення цих Загальних умов, Інформаційного листа, пріоритетну силу мають умови договору страхування або страхового поліса.

5.19. Особи у віці до 18 (вісімнадцяти) років можуть бути застраховані виключно їх батьками або іншими законними представниками, а також іншими особами за письмовою згодою батьків або законних представників.

6. СТРАХОВА СУМА І СТРАХОВА ПРЕМІЯ.

6.1. Страхова сума визначається за згодою між Страховиком і Страхувальником під час укладення договору страхування.

6.2. Згідно з умовами страхування страхова сума за додатковими страховими ризиками може бути іншою, ніж страхова сума за основними страховими ризиками.

6.3. Страхувальник згідно з укладеним договором страхування має право вносити страхову премію лише в грошовій одиниці України, а страхувальник-нерезидент – в іноземній вільно конвертованій валюті або в грошовій одиниці України у випадках, визначених законодавством України.

6.4. Умовами договору страхування страхова сума та страхова премія можуть бути вираженими у іноземній вільно конвертованій валюті або розрахункових величинах, що визначають фактичний розмір зобов'язань Страховика на дату виникнення або, якщо це неможливо, на дату виконання цих зобов'язань. Страхові премії за договорами страхування приймаються у національній валюті України за курсом Національного банку України, встановленим на дату платежу.

6.5. Страхова премія розраховується виходячи із страхової суми згідно зі страховими тарифами.

6.6. Страхові тарифи розраховуються Страховиком актуарно на підставі сукупності демографічних показників тривалості життя (таблиць смертності), ймовірностей настання ризиків певної хвороби та/або нещасного випадку чи їх наслідків, якщо страхування на випадок настання таких подій передбачене договором страхування, річної ставки гарантованого інвестиційного доходу.

6.7. Залежно від стану здоров'я, професії, місця роботи Застрахованої особи, виду діяльності Страхувальника та інших факторів, які впливають на ступінь страхового ризику до демографічних показників тривалості життя (таблиці смертності), ймовірності настання ризиків певної хвороби та/або нещасного випадку чи їх наслідків, якщо страхування на випадок настання таких подій передбачено Загальними умовами страхування, може застосовуватися корегуючий коефіцієнт в межах від 0,30 до 8,00.

6.8. Договором страхування може передбачатися залежно від програми страхування один з таких способів сплати страхової премії:

6.8.1. одноразово;

6.8.2. із періодичністю, встановленою договором страхування (щорічно, раз на півроку, щоквартально, щомісячно).

6.9. Страхова премія вважається сплаченою за умови, коли:

6.9.1. сплачені грошові кошти зараховано на рахунок Страховика у визначеній ним банківській установі;

6.9.2. сума платежу відповідає встановленій договором страхування страховій премії;

6.9.3. платіж надійшов із призначенням відповідно до договору страхування.

6.10. Договором страхування життя за даним страховим продуктом не передбачається збільшення розміру страхової суми та (або) розміру страхових виплат на суми (бонуси) за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів резервів із страхування життя.

6.11. Виплата бонусів не здійснюється по закінченню строку страхування. Договором не передбачається інший порядок виплат бонусів.

7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

7.1. Страхувальник має право:

7.1.1. перевіряти дотримання Страховиком умов договору страхування;

7.1.2. отримати дублікат договору страхування та/або будь-якого документу, що є невід'ємною частиною договору страхування, у випадку втрати його оригіналу;

7.1.3. з письмової згоди Застрахованої особи призначити Вигодонабувача або декількох Вигодонабувачів, а також зі згоди Застрахованої особи замінити Вигодонабувача іншою особою, якщо іншого не встановлено договором страхування;

7.1.4. отримувати будь-які пояснення Страховика щодо договору страхування;

7.1.5. отримувати від Страховика інформацію про його фінансові показники, які не є конфіденційними і публікуються у офіційних друкованих виданнях;

7.1.6. припинити дію договору страхування до настання страхового випадку та отримати накопичену викупну суму;

7.1.7. перевести договір страхування у статус достроково сплаченого, припинивши сплату страхової премії за умови, що за договором страхування накопичено необхідну викупну суму;

7.1.8. отримати страхову виплату після настання страхового випадку згідно до Загальних умов;

7.1.9. користуватись іншими правами, передбаченими договором страхування, Загальними умовами та законодавством України.

7.1.10. відмовитись від укладення договору страхування до випуску страхового полісу. Така відмова оформлюється відповідним письмовим зверненням, яке Страхувальник зобов'язаний подати особисто або надіслати поштою на адресу Страховика. Кошти повертаються протягом 45 банківських днів з моменту отримання оригіналу повідомлення та реквізитів рахунку для відповідного перерахування коштів.

7.1.11. до або протягом 30 календарних днів з дати відправлення електронного повідомлення (смс або електронною поштою) про випуск страхового полісу, відмовитись від укладення договору страхування. Така відмова оформлюється письмовим зверненням, яке Страхувальник зобов'язаний подати особисто або надіслати поштою на адресу Страховика до закінчення вказаного 30-ти денного строку. Наслідком відмови від укладення договору страхування у такий спосіб є анулювання Страховиком випущеного страхового полісу та повернення Страхувальнику страхової премії. Кошти повертаються протягом 45 банківських днів з моменту отримання оригіналу повідомлення та реквізитів рахунку для відповідного перерахування коштів. Підписавши таке письмове повідомлення Страхувальник відмовляється від будь-яких претензій щодо договору, а Страховик не несе жодних зобов'язань за страховими випадками чи подіями, які з ними пов'язані, що настали в період дії договору страхування, повідомлення про страхові випадки не приймаються, заяви на здійснення страхових виплат не розглядаються, страхові виплати не здійснюються.

7.1.12. письмово звернутися до Страховика в разі втрати полісу страхування життя, або змін та доповнень до договору страхування життя. Страховик зобов'язаний протягом 30 робочих днів відправити дублікат.

7.1.13. письмово звернутися до Страховика з приводу повернення надлишково сплачених коштів (авансового платежу) в будь-який час протягом дії договору страхування. Страховик зобов'язаний повернути надлишково сплачені кошти протягом 30 робочих днів.

7.1.14. відмовитися від договору страхування, якщо поліс містить розбіжності із заявою, протягом 45 днів з дня його отримання.

7.2. Страхувальник зобов'язаний:

7.2.1. сплачувати страхову премію в розмірі та в строки, встановлені договором страхування;

7.2.2. протягом строку дії договору страхування повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за договором страхування;

7.2.3. письмово повідомляти Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку впродовж тридцяти календарних днів з дня, коли Страхувальнику стало про це відомо. Цей обов'язок поширюється також на Вигодонабувача та Застраховану особи у випадку їх звернення за виплатою;

7.2.4. при зверненні за страховою виплатою надати Страховику заяву на виплату за встановленою Страховиком формою, а також всі необхідні документи, що підтверджують настання страхового випадку. Цей обов'язок поширюється також на Вигодонабувача та Застрахованої особи у випадку їх звернення за виплатою;

7.2.5. повідомити страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у договорі страхування);

7.2.6. забезпечити Страховика доступом до інформації та матеріалів, які мають значення для встановлення обставин Страхового випадку;

7.2.7. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

7.2.8. умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

7.2.9. якщо Страхувальник і Застрахована особа різні люди Страхувальник зобов'язаний повідомити Застраховану особу про укладений на її користь договір страхування.

7.3. Страховик має право:

- 7.3.1. перевіряти інформацію, яку подає Страхувальник, Застрахована особа, Вигодонабувач, а також виконання ними умов договору страхування;
- 7.3.2. за необхідністю направляти запити в органи державної влади та інші установи і організації, що володіють інформацією, пов'язаною із настанням страхового випадку;
- 7.3.3. відмовити в укладенні договору страхування у випадках, визначених законодавством України чи Загальними умовам;
- 7.3.4. відмовити в здійсненні страхової виплати у випадках, визначених Загальними умовами, договором страхування і законом;
- 7.3.5. відстрочити здійснення страхової виплати у випадках, визначених пунктом 9.5 Загальних умов; вимагати визнання договору страхування недійсним відповідно до законодавства України;
- 7.3.6. користуватись іншими правами, передбаченими загальними умовами, договором страхування і законодавством України.
- 7.3.7. в разі, якщо сплачена Страхувальником чергова страхова премія менша за розмір страхової премії, передбачений договором страхування та змінами до нього, Страховик має право зменшити розмір страхової суми відповідно до встановлених страхових тарифів. При цьому, якщо розмір сплаченої чергової страхової премії менший ніж розмір страхової премії, передбачений при укладанні договору страхування, такий договір переводиться у статус достроково сплаченого. Відповідні зміни до договору страхування надсилаються Страхувальнику.
- 7.4. Страховик зобов'язаний:
 - 7.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування та Загальними умовами;
 - 7.4.2. протягом трьох робочих днів, як тільки йому стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
 - 7.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату впродовж терміну, встановленого договором страхування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається договором Страхування або законом;
 - 7.4.4. повідомити у письмовій формі рішення про відмову чи відстрочку в здійсненні страхової виплати із обґрунтуванням причин такого рішення;
 - 7.4.5. виконувати інші положення Загальних умов та договору страхування.
 - 7.4.6. Страховик зобов'язаний надавати Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу) у письмовій формі протягом 30 календарних днів з дати отримання відповідного письмового запиту від Страхувальника (застрахованої особи, вигодонабувача) інформацію про суми (бонуси), на які було збільшено розмір страхової суми та/або розмір ануїтету за договором страхування життя за фінансовими результатами діяльності Страховика за рік (участь у прибутку Страховика);
 - 7.4.7. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування;
 - 7.4.8. Страховик зобов'язаний направляти Страхувальнику та/або Застрахованій особі інформацію щодо будь-яких пропозицій щодо змін умов договору страхування. Способом направлення є листи або листи на електронну пошту або СМС-повідомлення на вказані у заяві на страхування номери телефонів, включаючи вайбер, телеграм.
 - 7.4.9. Договором страхування можуть бути передбачені інші права і обов'язки сторін.

8. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ

- 8.1. Будь-які зміни умов договору страхування здійснюються за взаємною згодою Страхувальника та Страховика. Страховик залишає за собою право відмовити у будь-яких змінах, зокрема якщо на його думку такі зміни суперечать чинному законодавству України, цим Загальним умовам, внутрішнім положенням Страховика, інтересам Страховика або інших Страхувальників;
- 8.2. Протягом дії договору страхування за ініціативою та на підставі письмової заяви Страхувальника можуть бути внесені зміни до договору страхування щодо:
 - зміни Страхувальника та/або Вигодонабувача(ів);

- зміни контактної інформації.

8.3. Будь-які зміни до договору страхування, оформлюються додатковою угодою та/або шляхом обміну листами про узгодження відповідних змін та застосовуються після сплати Страхувальником всіх витрат, пов'язаних із такими змінами, якщо інше не передбачено договором.

8.4. Якщо внесення змін до умов договору страхування пов'язане зі збільшенням обсягу відповідальності Страховика (окрім індексації страхової суми та страхової премії) або якщо Страховик здійснив страхову виплату за страховими випадками, визначеними в підпунктах 4.1.4, цих Загальних умов, відповідні зміни застосовуються лише після проведення повторної оцінки ризиків та потребують обов'язкового надання Страховику медичної інформації щодо стану здоров'я Застрахованої особи на момент внесення змін у договір страхування.

8.5. Якщо Страхувальник заперечує проти змін умов договору страхування, Страховик може відмовитися від договору страхування шляхом письмового повідомлення Страхувальника.

8.6. Для призначення особи іншої, ніж Застрахована особа, Вигодонабувачем за договором страхування, Страхувальник повинен попередньо отримати письмову згоду Застрахованої особи. Щодо Застрахованої особи, яка не досягла повноліття, така згода повинна бути надана її законним представником.

8.7. Вигодонабувача не може бути змінено після настання страхового випадку.

8.8. Якщо за договором було призначено Безвідкличного Вигодонабувача, зміни умов договору страхування не можуть бути внесені без письмової згоди такого Вигодонабувача.

8.9. Якщо під час дії договору страхування Страхувальник-юридична особа припиняється і встановлюються його правонаступники, права і обов'язки Страхувальника переходять до правонаступника

8.10. Під час дії договору страхування права Страхувальника-юридичної особи можуть перейти до іншого Страхувальника-юридичної особи за (письмовим погодженням) згодою Застрахованої особи.

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

8.12. У разі визнання судом Страхувальника-фізичної особи обмежено дієздатним, він здійснює свої права і обов'язки Страхувальника за договором страхування лише за згодою піклувальника.

8.13. Дія договору страхування припиняється за згодою сторін, а також у разі:

- 1) закінчення строку дії договору страхування;
- 2) виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 3) несплати Страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений договором строк;
- 4) ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи;
- 5) ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 6) набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним;
- 7) в інших випадках, передбачених законодавством України та договором страхування.

8.14. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування.

8.15. Заміна Страховика у Договорі страхування може здійснюватися шляхом укладення трьохстороннього Договору між Страховиком, який передає зобов'язання за Договором страхування, Страховиком, який приймає такі зобов'язання та Страхувальником, або договору про передачу страхового портфеля відповідно до положень розділу IX Закону України «Про страхування».

8.16. Зміна Страховика за Договором можлива виключно за умови отримання письмової згоди Вигодонабувача та здійснюється шляхом укладення тристоронньої Додаткової угоди до Договору між Страхувальником, Страховиком та новим Страховиком щодо передачі прав та обов'язків Страховика за Договором новому Страховику.

9. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

9.1. На страхування не приймаються, якщо іншого не встановлено Загальними умовами, іншими положеннями та/або договором страхування:

9.1.1. особи старші 97 років на момент підписання заяви на страхування;

9.1.2. особи, які вживають наркотики, токсичні речовини з метою токсичного сп'яніння, страждають на алкоголізм і перебувають через будь-яку із зазначених причин на диспансерному обліку;

9.1.3. особи зі стійкими нервовими чи психічними розладами, які перебувають через це на обліку в психоневрологічному диспансері;

9.1.4. особи, яким діагностовано СНІД, а також ВІЛ-інфіковані;

9.1.5. особи, які перебувають під слідством, чи ув'язнені;

9.1.6. особи, які страждають на онкологічні захворювання.

9.2. Страховик звільняється від обов'язку здійснити страхову виплату, якщо ним було виявлено, що особа, яку було прийнято на страхування, підпадала під категорії, визначені пунктом 8.1. цих Загальних умов.

9.3. Обставини, що мають ознаки страхового випадку, не вважаються страховими випадками, якщо вони стали наслідком:

9.3.1. умисних дій Застрахованої особи, Страхувальника, Вигодонабувача, чи особи, яка діяла за їх вказівками, спрямованих на настання страхового випадку;

9.3.2. умисного вживання Застрахованою особою алкоголю або його сурогатів, токсичних речовин, а також наркотичних, сильнодіючих і психотропних речовин (окрім призначених сертифікованим лікарем за умови дотримання рекомендованого дозування);

9.3.3. керування Застрахованою особою транспортним засобом без права на керування транспортним засобом відповідної категорії або передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, яка не мала права на керування транспортним засобом такої категорії;

9.3.4. керування Застрахованою особою транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння чи передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, яка перебувала у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

9.3.5. скоєння Застрахованою особою самогубства, за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до цього протиправними діями третіх осіб;

9.3.6. спроби самогубства або умисного пошкодження органів чи частин тіла, крім випадків, якщо Застраховану особу було доведено до цього протиправними діями третіх осіб;

9.3.7. будь-яке погіршення стану здоров'я, спричинене радіаційним опроміненням, або дією хімічних чинників, або внаслідок впливу чи використання ядерної енергії;

9.3.8. лікування захворювань чи наслідків нещасних випадків, які виникли до дати початку страхування, про які Страховика не було повідомлено; а також лікування Застрахованої особи методами нетрадиційної медицини;

9.3.9. застосування косметичної/естетичної хірургії (процедур) щодо Застрахованої особи без медичних показань;

9.3.10. вагітності Застрахованої особи, яка протікала без належного медичного контролю;

9.3.11. захворювання Застрахованої особи на ВІЛ чи СНІД, та/або наступних ускладнень термінальної (кінцевої) стадії ВІЛ-інфекції:

- опортуністичної інфекції, включаючи пневмоциститну пневмонію, хронічний ентерит, вірусні та/або розсіяні грибкові інфекції;

- злоякісних новоутворень, включаючи саркому Капоші, лімфому центральної нервової системи та/або інших злоякісних новоутворень, які на цей час відомі або які будуть виявлені як такі, що спричиняють смерть за наявності набутого імунodefіциту;

- енцефалопатії (деменції) та синдрому атрофії внаслідок ВІЛ-інфекції;

9.3.12. скоєння злочину Застрахованою особою;

9.3.13. необґрунтованого незвернення за медичною допомогою або нехтування медичних приписів Застрахованою особою.

9.3.14. допущення Застрахованою особою Грубої необережності, яка стала прямою причиною виникнення обставин, що мають ознаки страхового випадку.

9.4. Страховик звільняється від здійснення страхової виплати, якщо страховий випадок настав внаслідок:

9.4.1. ядерного вибуху;

9.4.2. війни, інтервенції, воєнних дій іноземних військ, збройних сутичок, інших аналогічних чи прирівнюваних до них подій (незалежно від того, чи було оголошено війну), громадянської війни, бунту, путчу, інших громадських заворушень, військового повстання, збройного чи іншого незаконного захоплення влади, а також упродовж проходження Застрахованою особою військової служби, участі в військових зборах і навчаннях.

9.5. Якщо договором страхування не передбачено іншого, Страховик звільняється від страхової виплати, якщо страховий випадок настав внаслідок:

9.5.1. участі в будь-яких авіаційних перельотах, за винятком польотів у якості пасажирів авіарейсу, ліцензованого для перевезення пасажирів і керованого пілотом, який має відповідний сертифікат;

9.5.2. занять небезпечними видами спорту або систематичних занять будь-яким видом спорту, який включає тренування і/або змагання.

9.6. За результатами андеррайтингу, який здійснюється на підставі отриманої інформації щодо стану здоров'я Застрахованої особи та/або Страхувальника, сфери професійної діяльності та службових обов'язків, занять спортом та інших факторів, що впливають на ступінь страхового ризику, договір страхування може містити додаткові виключення зі страхових випадків.

9.7. Факт відсутності трупа чи неможливості його ідентифікації не вважається смертю Застрахованої Особи та не визнається Страховим Випадком, крім випадків, коли факт смерті було визнано у судовому порядку (За необхідності Вигодонабувач буде зобов'язаний підтвердити, що Страховий Випадок не був спричинений жодною із обставин, зазначених як Виключення із Страхових Випадків. Ця умова є обов'язковою для виконання Страховиком свого зобов'язання).

10. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. В разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Вигодонабувач (Застрахована особа, Страхувальник) повинен:

10.1.1. невідкладно, але у будь-якому разі не пізніше ніж через 30 календарних днів після настання події, що має ознаки страхового випадку, повідомити Страховику прізвище та ім'я Застрахованої особи, дату та обставини настання страхового випадку. За рішенням Страховика цей строк може бути продовжено.

10.1.2. надати Страховику документи, що підтверджують настання події, що має ознаки страхового випадку не пізніше, ніж через 60 днів з дати настання такої події. В разі ненадання документів, що підтверджують настання події, що має ознаки страхового випадку згідно переліку документів, встановленого даними Загальними умовами для конкретного страхового випадку протягом 60 днів з дати настання події, що має ознаки страхового випадку, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати.

11. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

11.1. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати, відмову у її здійсненні чи відкладення строку прийняття рішення (на строк не більший 6 місяців) впродовж 30 робочих днів з моменту отримання усіх необхідних документів для встановлення факту та обставин настання страхового випадку. Якщо у Страховика виникають обґрунтовані сумніви у підставах для здійснення страхової виплати, прийняття відповідного рішення (про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати) може бути відстрочене до отримання підтвердження або спростування цих сумнівів, але на строк, не більший шести місяців. Страхова виплата здійснюється на підставі страхового акту, який складається Страховиком чи уповноваженою ним особою.

11.2. Страховик повідомляє Вигодонабувачу рішення про здійснення чи відмову у здійсненні страхової виплати впродовж 10 робочих днів з моменту прийняття відповідного рішення.

11.3. Страхова виплата здійснюється Страховиком не пізніше 10 робочих днів з дня прийняття Страховиком відповідного рішення. Днем виплати вважається день списання коштів з банківського рахунку Страховика.

11.4. Страхова виплата здійснюється Страховиком виключно шляхом переказу коштів на банківський рахунок Вигодонабувача.

11.5. Прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути відстрочено, якщо за фактами, пов'язаними з настанням страхового випадку, призначено додаткову перевірку, розпочато кримінальне провадження або розпочато судовий процес. В разі проведення додаткової перевірки - до закінчення перевірки, або усунення інших причин, які перешкоджають виплаті, але не більше ніж на строк 6 (шість) місяців. В разі проведення кримінального провадження чи судового розслідування - до закінчення такого провадження або розслідування. У разі відстрочення прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати Страховик повідомляє Вигодонабувача у письмовій формі причини такої затримки.

11.6. Визначена договором страхування страхова виплата здійснюється Страховиком незалежно від усіх видів державної допомоги, пенсій і виплат, які отримує одержувач страхової виплати за державним соціальним страхуванням, згідно з умовами трудових чи інших угод, договорів страхування, укладених із іншими страховиками, а також незалежно від сум, сплачуваних у порядку відшкодування шкоди за законодавством України.

11.7. Настання страхового випадку підтверджується документами, які видаються компетентними органами державної влади відповідно до законодавства (наприклад, медичним закладом, судом, підрозділами Національної поліції, РАГС), а також іншими документами, які необхідні для надання Страховику для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати.

11.8. Страхова виплата здійснюється одноразово в межах встановленої страхової суми, визначеної для кожного окремого ризику, якщо інше не передбачено договором страхування. Страхова виплата підлягає виплаті у випадку визнання страхового ризику страховим випадком.

Будь-яка виплата за договором страхування може бути виплачена однією грошовою сумою.

11.9. Якщо сталася смерть Застрахованої особи/Страхувальника, та за договором страхування існує переплата, то суму переплати Страховик повертає Вигодонабувачам Застрахованої особи.

11.10. Страхова виплата здійснюється спадкоємцям Застрахованої особи за законом у випадку смерті Застрахованої особи, коли договором страхування не було встановлено Вигодонабувача, а також:

11.10.1. якщо Застрахована особа та Вигодонабувач померли, не отримавши страхової виплати;

11.10.2. якщо Вигодонабувач помер раніше Застрахованої особи, а нового Вигодонабувача не було призначено;

11.10.3. якщо Страхувальник визначив Вигодонабувачами спадкоємців Застрахованої особи без уточнення їх імен та родинного зв'язку із Застрахованою особою.

11.11. У випадку, коли Вигодонабувач на день здійснення страхової виплати не досяг повноліття, страхова виплата може здійснюватися його законному представнику.

11.12. Якщо договором страхування встановлено декілька Вигодонабувачів, страхова виплата здійснюється у пропорціях, визначених договором страхування, або рівними частками, якщо договором страхування не було передбачено таких пропорцій.

11.13. З метою встановлення обставин страхового випадку Страховик має право звертатися до органів внутрішніх справ, медичних закладів, інших підприємств чи організацій.

11.14. Неповнолітня особа – Вигодонабувач має право отримати Страхову виплату не раніше досягнення нею повноліття визначеного згідно чинного законодавства України. До досягнення нею повноліття страхова виплата (її частка) може бути здійснена:

- законному представникові на користь неповнолітньої особи;

- на банківський рахунок, відкритий законним представником на ім'я неповнолітньої особи - Вигодонабувача, яким вона може скористатися після досягнення повноліття. Для провадження діяльності від імені неповнолітньої особи-Вигодонабувача законний представник має подати документи, що підтверджують його (її) особу та право опіки над неповнолітньою особою - Вигодонабувачем.

11.15. Страховик залишає за собою право обмежити розмір страхової виплати на суму, на яку

була би зменшена страхова сума при випуску страхового поліса у випадку, якщо Страхувальник при заповненні заяви на страхування повідомив Страховика про наявний розлад здоров'я, що спричинив би зменшення страхової суми за договором страхування життя.

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

11.17. У разі настання страхового випадку за межами України додатково до вищевказаних документів Вигодонабувач (або спадкоємець) повинен надати переклад на українську мову документів, підтверджуючих факт та обставини настання страхового випадку. Переклад має бути засвідчений нотаріально або печаткою та підписом уповноваженого представника юридичної особи, в якій працюють перекладачі, що мають відповідну кваліфікацію, підтверджену документально.

12. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

12.1. Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати у випадку виявлення:

12.1.1. навмисних дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

12.1.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

12.1.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

12.1.4. несвоєчасного повідомлення Страхувальником (особою, визначеною у договорі страхування або законодавством) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);

12.1.5. обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими договором страхування

12.1.6. належним чином оформленої відмови Застрахованої особи в проведенні тестування на стан алкогольного сп'яніння;

12.1.7. відмови Застрахованої особи від проходження медичного огляду за рахунок Страховика для підтвердження діагнозу, під час розслідування обставин страхового випадку;

12.1.8. відмови Застрахованої особи від взяття аналізу на алкогольне чи наркотичне сп'яніння.

12.1.9. у інших випадках, визначених законом, Загальними умовами чи договором страхування.

12.2. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, протягом перших шести місяців з дати укладення договору страхування з причини іншої, ніж внаслідок нещасного випадку, страховий ризик не визнається Страховим випадком та страхова виплата не здійснюється, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

13. ВИКУПНА СУМА

Дорівнює 0.

14. ОБСТАВИНИ НЕПЕРЕБОРНОЇ СИЛИ

14.1. Сторони договору страхування можуть бути звільнені від відповідальності за часткове або повне невиконання зобов'язань за ним, якщо воно стало наслідком обставин непереборної сили.

14.2. Під непереборною силою розуміються зовнішні та надзвичайні події, які:

14.2.1. настали після дати початку страхування;

14.2.2. не відносяться до винятків із страхових випадків та обмежень страхування згідно з Загальними умовами;

14.2.3. виникли незалежно від волі сторін договору страхування, і при цьому їх настанню і подальшій дії сторони не мали змоги протистояти за допомогою усіх розумних зусиль і засобів, які могли бути застосовані щодо конкретних проявів непереборної сили.

14.3. При настанні обставин непереборної сили строк виконання грошових зобов'язань сторін за договором страхування збільшується відповідно до строку, протягом якого будуть діяти ці обставини. Якщо цей період буде продовжуватись понад 90 днів, то будь-яка із сторін має право відмовитись від подальшого виконання зобов'язань за договором страхування. При цьому жодна із сторін не буде мати права на відшкодування можливих збитків.

14.4. Сторона, для якої стало неможливим виконання обов'язків за договором страхування внаслідок обставин непереборної сили, повинна якнайшвидше сповістити іншу сторону про ситуацію, яка склалася, а також протягом 15 календарних днів надіслати поштою повідомлення щодо дії цих обставин, яке видане відповідним компетентним органом (зокрема, Торгово-промисловою палатою України).

14.5. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення про настання обставин непереборної сили не дає в подальшому права стороні, на яку подіяли ці обставини, посилаючись на них як на підставу для звільнення від відповідальності.

15. ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Всі спори, що виникають із договору страхування, підлягають вирішенню шляхом переговорів.

15.2. Для розгляду спорів, які можуть виникнути у зв'язку з договором страхування, створюється комісія з представників Страховика та Страхувальника, якщо договором страхування не передбачене інше.

15.3. Якщо комісією не досягнуто згоди щодо вирішення спірних питань, вони вирішуються у судовому порядку згідно з законодавством України.

15.4. Для вирішення спірних питань застосовується законодавство України.

16. ПОДАТКИ ТА ЗБОРИ

16.1. Будь-які податки та збори, встановлені чинним законодавством України, які стосуються сплати страхових премій або отримання страхової виплати, сплачуються відповідно до вимог чинного законодавства України. Страховик має право утримати такі податки та збори згідно з чинним законодавством України.

17. ОПИС СТРАХОВИХ РИЗИКІВ

17.1. Основним страховим ризиком є: смерть Застрахованої особи незалежно від причини.

17.1.2. За цим основним ризиком не приймаються на страхування особи із категорій, визначених у пункті 8 цих Загальних умов.

17.1.3. Не вважаються страховими випадками події, настання яких викликано обставинами, встановленими положеннями пунктів 9.3 - 9.5 цих Загальних умов.

17.1.4. Строк страхового покриття за основним страховим ризиком смерть Застрахованої особи незалежно від причини розпочинається через 6 місяців з дати початку дії договору страхування (окрім страхових випадків, що були спричинені нещасним випадком).

17.1.5. На страхування приймаються особи віком до 97 років, чий вік на момент завершення дії договору страхування становитиме не більше 100 років.

17.2. Додатковим страховим ризиком є: захворювання Застрахованої особи критичною хворобою.

17.2.1. На страхування приймаються особи від 0 років та вік на момент закінчення дії страхового ризику не перевищуватиме 65 років.

17.2.2. До цього додаткового страхового ризику застосовуються виключення та обмеження, встановлені розділом 8 цих Загальних умов;

17.2.3. Строк страхового покриття за цим додатковим ризиком розпочинається через 6 місяців з дати початку дії договору страхування якщо інше не передбачено договором.

17.2.4. Страхова виплата сплачується відповідно до варіанту страхування, обраного при укладенні договору страхування:

а) 100% страхової суми, встановленої договором страхування по даному ризику (Варіант А);

б) авансова виплата частини страхової суми за ризиком смерті, встановленої договором страхування (Варіант Б).

17.2.5. Виплата страхової суми у разі настання страхового випадку згідно цього додаткового страхового ризику здійснюється за умови, якщо відповідний діагноз документально підтверджений належним чином і Застрахована особа прожив не менше 30 діб після його встановлення, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

17.2.6. Якщо Застрахована особа помирає протягом шести місяців з дати діагностування критичного захворювання, то Страхова Сума за основним страховим ризиком зменшується на розмір страхової виплати, яка була здійснена за фактом настання критичного захворювання у Застрахованої особи.

17.2.7. Злоякісне онкологічне захворювання (Рак) - захворювання, що проявляється у розвитку однієї чи більше пухлин, які гістологічно кваліфікуються як злоякісні, та характеризуються безконтрольним зростанням та метастазуванням злоякісних клітин та інвазій у нормальну тканину. Діагноз повинен бути підтверджений гістологічно. Наступна патологія виключається з покриття: 1. Хвороба Ходжкіна (усі стадії за класифікацією Енн-Арбор). 2. Неходжкінська лімфома стадії 1 (за класифікацією Енн-Арбор). 3. Лейкемія, крім хронічної лімфоцитарної лейкемії, за відсутності генералізованої дисемінації лейкемічних клітин в кровотворної кістковому мозку. 4. Пухлини, які виявляють злоякісні зміни карциноми in situ (включаючи дисплазію шийки матки CIN-1, CIN-2 і CIN-3), або гістологічно описані як передракові захворювання. 5. Всі раки шкіри, за винятком тих випадків, коли є докази метастазів, або коли пухлина є злоякісною меланою з максимальною товщиною більше 1,5 мм, підтвердженої за допомогою гістологічного дослідження з використанням методу Бреслоу. 6. Не загрожуючи життю раки, такі як раки передміхурової залози, які гістологічно описані як T1 (а) або T1 (б) за класифікацією TNM або мають еквівалентну чи меншу стадію за іншою класифікацією. 7. Папілярна мікрокарцинома щитовидної залози. 8. Неінвазивний папілярний рак сечового міхура, гістологічно описаний як такий, що має стадію TaN0M0 або менше. 9. Хронічна лімфоцитарна лейкемія на стадії, менш стадії I за класифікацією RAI або стадії AI по Бінету.

17.2.8. Інфаркт міокарда – смертність ділянки міокарда в результаті нестачі кровопостачання. Діагноз повинен бути встановлений спеціалістом при наявності всіх нижченаведених ознак: 1. Присутність в анамнезі типових болів у грудній клітині; 2. Діагностично значуще збільшення специфічних серцевих маркерів, типових для інфаркту міокарда. 3. Нові зміни на ЕКГ, що характерні для інфаркту міокарда; 4. Підтверджене зниження функції лівого шлуночка, наприклад – зниження фракції викиду лівого шлуночка або значна гіпокінезія, акінезія або аномалії руху стінки, зумовлені інфарктом міокарда.

17.2.9. Інсульт – це інсульт, викликаний цереброваскулярними порушеннями. Інсульт повинен привести до неврологічних порушень, що викликає стійку і необоротну нездатність Застрахованої особи • пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або • самостійно приймати приготувану їжу, або • спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення без допоміжних засобів • неврологічне порушення, викликане інсультом, повинно привести до стійкого і необоротного зниження функції, як мінімум, однієї повної кінцівки, де кінцівку визначається як руку, включаючи кисть, або ногу, включаючи стопу, це зниження повинно бути підтверджено неврологічно. Оцінка станів, перерахованих вище, може бути проведена не раніше ніж через 3 місяці після інсульту. Повинні бути явні докази, отримані з допомогою КТ, МРТ або подібною підходящою методикою візуалізації, того, що мав місце інсульт, або інфаркт тканини мозку, або внутрішньочерепний або субарахноїдальний крововилив.

17.2.10. Ішемічна Хвороба Серця, що вимагає проведення аортокоронарного шунтування – фактично перенесене аорто-коронарне шунтування за допомогою торакотомії з метою корекції або лікування захворювання коронарної артерії. Ангіопластика та інші не-хірургічні методи лікування, включаючи лазеротерапію не є Страховим випадком. Рішення про страхову виплату не може бути прийнято до проведення операції.

17.2.11. Ниркова недостатність - термінальна стадія ниркової недостатності, що є хронічним необоротним порушення функції обох нирок, в результаті якого був початий регулярний гемодіаліз або проведена трансплантація нирки. Ниркова недостатність у стадії компенсації та/або ниркова недостатність за відсутністю необхідності в постійному гемодіалізі або трансплантації нирки не є Страховим випадком. Рішення про страхову виплату не може бути прийнято до проведення діалізу або до трансплантації нирки.

17.2.12. Трансплантація життєво важливих - означає пересадку органу від людини до людини, тобто пересадку від донора Застрахованій особі одного або декількох з наступних органів: нирки, печінки, серця, легенів, підшлункової залози, або трансплантацію кісткового мозку. Трансплантація будь-яких інших органів, частин органів, тканин або клітин не покривається договором страхування. Рішення про страхову виплату не може бути прийнято до проведення трансплантації.

17.2.13. Параліч - постійна і повна втрата функції двох і більше кінцівок в результаті травми або захворювання спинного мозку. Під кінцівкою розуміють цілком всю руку або всю ногу.

17.2.14. Сліпота (втрата зору) - клінічно підтверджене необоротне зниження зору на обидва ока в результаті захворювання або нещасного випадку. Коректовані гострота зору повинна бути менше 6/60 або 20/200 при використанні, наприклад, тестів по Шнеллену, або має бути обмеження поля зору в обох очах до 20о(градусів) і менше. Не вважається Страховим випадком, якщо, відповідно до медичного висновку, будь-який пристрій або імплантат можуть призвести до часткового або повного відновлення зору.

17.2.15. Хірургічне лікування захворювання аорти - фактично перенесена операція за допомогою торакотомії або лапаротомії з метою лікування або коригування аневризми аорти, обструкції аорти, коарктації аорти або травматичного розриву аорти. У цьому визначенні під аортою мають на увазі грудний або черевний відділи аорти, але не її гілки.

17.2.16. Розсіяний склероз - однозначний діагноз розсіяного склерозу, який представляє собою захворювання, при якому в білій речовині центральної нервової системи утворюються плями демієлінізації, іноді поширюються і на сіру речовину. Страхова подія буде визнана страховим випадком тільки за умови, що розсіяний склероз викликав неврологічні порушення, які призвели: • до повної і незворотної нездатності Застрахованої особи пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, та/або

- до повної і незворотної нездатності застрахованої особи самостійно приймати приготувану і подану їй їжу, та/або

- до центральної скотомії, яка неврологічно підтверджена.

17.2.17. Хірургічне втручання на клапанах серця - перенесена хірургічна операція на відкритому серці за допомогою торакотомії з метою заміни або відновлення клапанів серця з приводу дефектів або аномалій клапанів серця.

17.2.18. Апластична анемія – остаточний діагноз «Недостатність кісткового мозку», підтверджений фахівцем, а також результатами біопсії кісткового мозку. Наслідком даного захворювання має бути анемія, тромбоцитопенія і нейтропенія, а також необхідність лікування за допомогою, принаймні, одного з нижче перелічених методів: 1. Переливання крові; 2. Стимулятори кісткового мозку; 3. Імуносуперсисивні препарати; 4. Пересадка кісткового мозку.

17.2.19. Термінальна стадія захворювань легень – стійке хронічне ураження дихальної функції, що спричиняє хронічну дихальну недостатність, та відповідає всім наступним критеріям: 51 - стійке зниження об'єму форсованого видиху на першій секунді (ОФВ1, FEV1) до значення меншого, ніж 1 літр (проба Тиффно); - постійна підтримуюча оксигенотерапія для корекції гіпоксії; - рівень парціального тиску кисню артеріальної крові 55 мм ртутного стовпчика або менше (PaO2 ≤55 мм рт.ст.); - наявність задишки у стані спокою. Діагноз повинен бути підтверджений висновком лікаря-пульмонолога.

17.2.20. Термінальна стадія печінкової недостатності – ураження печінки важкого ступеню, що призводить до цирозу. Діагноз повинний бути підтверджений спеціалістом, а ураження повинне відповідати ступеню В або С за класифікацією Чайлд-Пью відповідно до наступних критеріїв: - постійна жовтяниця (показник білірубину >2 мг/дл або > 35мкмоль/л); - асцит середнього ступеню важкості; - значення альбуміну <3,5 г/дл; - печінкова енцефалопатія. Виключення з покриття: вторинна

печінкова недостатність, що зумовлена зловживанням алкоголем, наркотичними речовинами або лікарськими препаратами; стадія А за класифікацією Чайлд-Пью.

17.2.21. Кома - стан з втратою свідомості без реакції на зовнішні стимули або внутрішні потреби, що зберігається безперервно протягом не менш ніж 96 годин і вимагає використання систем життєзабезпечення. Кома повинна привести до неврологічних порушень: • викликати стійку і необоротну нездатність Застрахованої особи: ✓ пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або ✓ самостійно приймати приготовану і подану йому їжу, або ✓ спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення, або • привести до оцінки за шкалою MMSE (коротка шкала для оцінки психічного стану), менше 16. Страхова подія буде визнана Страховим випадком, якщо кома тривала протягом 2 місяців.

17.2.22. Втрата слуху - незворотня втрата слуху на обидва вуха зі слуховим порогом більше 90 децибел в результаті захворювання або травми. Страхова подія не буде визнана Страховим випадком, якщо, згідно з медичним висновком, слуховий апарат, прилад або імплантат можуть призвести до часткового або повного відновлення слуху.

17.2.23. Втрата мови - повна і незворотня втрата мови в результаті захворювання або травми. Повинна бути підтверджена втрата здатності говорити протягом безперервного періоду, що дорівнює 12 місяцям. Страхова подія не буде визнана Страховим випадком, якщо, згідно з медичним висновком, який-небудь апарат, прилад, процедура або імплантат може привести до часткового або повного відновлення мови.

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

17.2.25. Боковий аміотрофічний склероз – неврологічний розлад, що супроводжується стійкими ознаками розвитку ураження спинномозкових нервів і рухових ядер довгастого мозку, що призводять до спастичної слабкості та атрофії м'язів кінцівок, тулуба, голови, гортані, дихальних шляхів. Захворювання має бути підтверджено фахівцем, а також результатами електроміографії і електронейрографії, типовими для даного захворювання. Крім того, захворювання повинно мати наслідком постійну нездатність самостійно виконувати три і більш елементарних побутових дії (пункт 17.2.42). Результатом даного захворювання може також бути стан повної присутності до ліжка і нездатність піднятися з ліжка самостійно без сторонньої допомоги. Описані вище умови повинні бути підтверджені медичними документами, щонайменше, протягом 3 місяців.

17.2.26. Хвороба Альцгеймера/тяжка деменція (у віці до 65 років) – погіршення або втрата розумових здібностей, або незворотні органічні розлади, що призводять до істотного зниження розумових і соціальних здібностей та потребують постійного догляду за Застрахованою особою. Захворювання повинне мати наслідком постійну нездатність самостійно виконувати три або більше елементарні побутові дії (пункт 17.2.43). Остаточний діагноз повинний бути клінічно встановлений відповідним спеціалістом та підтверджений результатами клінічних досліджень та достовірних візуальних методів діагностики (комп'ютерна, магнітно-резонансна або позитронна емісійна томографія головного мозку), що є типовими для даного захворювання, а також медичним висновком протягом якнайменш 3 (трьох) місяців. Виключення з покриття: - неорганічні хвороби, такі як невроз та психіатричні хвороби; - пошкодження головного мозку, пов'язані із вживанням алкоголю або наркотичних речовин.

17.2.27. Фульмінантний (миттєвий вірусний) гепатит (гостра печінкова недостатність) – субмасивний або масивний некроз печінки, викликаний вірусом гепатиту, що призводить до стрімкого розвитку печінкової недостатності. Діагноз має бути підтверджений висновком спеціаліста та супроводжуватися наступними ознаками: - стрімке зменшення розміру печінки; - некроз із залученням цілих часток, що залишає тільки ретикулярну строму, що спалася; - стрімке погіршення функціональних тестів печінки; - прогресуюча жовтяниця; - печінкова енцефалопатія.

17.2.28. Втрата кінцівок – повна і необоротна втрата двох або більше кінцівок в ділянці вище рівня ліктя/зап'ястя або колінного/гомілковостопного суглоба в результаті нещасного випадку або ампутації за медичними показаннями. Діагноз повинен бути підтверджений фахівцем.

17.2.29. Доброякісна пухлина головного мозку – стійкий неврологічний розлад, що розвився внаслідок видалення доброякісної пухлини мозку під загальною анестезією або при неоперабельній пухлині, яка є загрозою для життя; заподіяла ушкодження головного мозку; призвела до постійного неврологічного дефіциту. Наявність пухлини має бути засвідчена висновком лікаря-невролога або нейрохірурга, а також, підтверджена результатами магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ) або іншими достовірними візуальними методами діагностики протягом якнайменше 3 (трьох) місяців. Виключення з покриття: кісти; гранульоми; судинні мальформації; гематоми; пухлини гіпофізу або спинного мозку.

17.2.30. Енцефаліт - це запалення мозку (півкуль головного мозку, стовбура мозку або мозочку). Захворювання має призвести до значних ускладнень, які тривають не менше 6 місяців, які включають в себе стійкі неврологічні порушення. Стійкі неврологічні порушення можуть включати в себе слабоумство, емоційну лабільність, сліпоту, глухоту, порушення мови, геміплегію або параліч. Неврологічне порушення повинно: • викликати стійку і необоротну нездатність Застрахованої особи: ✓ пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або ✓ самостійно приймати приготовану і подану йому їжу, або ✓ спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення, або • привести до оцінки за шкалою MMSE (коротка шкала для оцінки психічного стану), менше 16.

17.2.31. Захворювання рухових нейронів - характеризується прогресуючою дегенерацією клітин кортикоспінальних трактів передніх рогів спинного мозку або бульбарних еферентних нейронів. Захворювання моторних нейронів включає в себе спинальну м'язову атрофію, прогресуючий бульварний параліч, бічний аміотрофічний склероз і первинний бічний склероз. Страхова подія буде визнана Страховим випадком, якщо захворювання рухових нейронів викликало неврологічні порушення, які призвели до стійкої і незворотної нездатності Застрахованої особи: ✓ пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або ✓ самостійно приймати приготовану і подану йому їжу.

17.2.32. Бактеріальний менінгіт - це запалення оболонок, що покривають головний або спинний мозок, викликане бактеріями. Хвороба повинна призводити до неврологічних порушень: • викликати стійку і необоротну нездатність Застрахованої особи: • пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або • самостійно приймати приготовану і подану йому їжу, або • спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення, або • привести до оцінки за шкалою MMSE (коротка шкала для оцінки психічного стану), менше 16.

17.2.33. Тяжка травма голови – травма голови внаслідок нещасного випадку, що супроводжується порушенням функції мозку та призводить до постійного неврологічного дефіциту, який триває не менше, ніж 6 (шість) тижнів від дати нещасного випадку. Діагноз має бути засвідчений висновком лікаря-невролога і підтверджений однозначними результатами магнітно-резонансної томографії, або комп'ютерної томографії, або іншими достовірними візуальними методами діагностики. Нещасний випадок повинен бути спричинений виключно та безпосередньо випадковими, насильницькими, зовнішніми і очевидними засобами та бути незалежним від всіх інших причин. Описані вище умови повинні бути підтверджені медичними документами, щонайменше, протягом 3 (трьох) місяців. Крім того, захворювання має виявлятися в постійній неможливості самостійно виконувати три або більше елементарних побутових дії (пункт 17.2.42). Результатом даного захворювання може також бути стан повної прикутості до ліжка і нездатність піднятися з ліжка самостійно без сторонньої допомоги. Описані вище умови повинні бути підтверджені медичними документами, щонайменше, протягом 3 (трьох) місяців. Виключення з покриття: травма спинного мозку; ушкодження голови внаслідок будь-яких інших причин.

17.2.34. ВІЛ-інфекція внаслідок переливання крові – інфікування Вірусом Імунодефіциту Людини (ВІЛ) або діагноз: «Синдром Надбаного Імунодефіциту» (СНІД) внаслідок переливання крові за умов наявності всіх нижче перерахованих обставин: 1. Зараження є прямим наслідком переливання крові, яке проводилося за медичними показаннями після того, як договір страхування вступив в дію. 2. Заклад, в якому було проведено переливання крові, визнає свою відповідальність за фактом зараження Застрахованої особи. 3. Застраховану особу не визнано хворим на гемофілію.

17.2.35. ВІЛ-інфекція внаслідок професійної (медичної) діяльності – інфікування Вірусом Імунодефіциту Людини (ВІЛ) внаслідок випадкового ненавмисного випадку, що мав місце в процесі виконання стандартних професійних (медичних) обов’язків. Інформація щодо будь-якого нещасного випадку, що здатен спричинити страховий позов, повинна бути надана в період до 7 (семи) днів з детальним звітом щодо випадку та, в якості підтвердження, негативним тестом на антитіла до ВІЧ, отриманим безпосередньо після випадку. Фаза сероконверсії при ВІЧ-інфекції настає протягом 6 місяців з моменту інфікування.

17.2.36. Хвороба Паркінсона - є повільно прогресуючим дегенеративним захворюванням центральної нервової системи з дегенерацією нейронів в області мозку, що викликає зниження рівнів допаміну в різних частинах мозку. Ця хвороба повинна бути однозначно діагностована, і повинні бути виконані наступні умови: • Хворобу неможливо контролювати за допомогою лікарських препаратів. • Хвороба має ознаки прогресуючих порушень. • Хвороба повинна викликати неврологічні порушення, що призводять до: ✓ Стійкого і незворотного порушення ходи, яке характерно для хвороби Паркінсона, і яке може бути неврологічно підтверджено, або ✓ Оцінці за шкалою MMSE, яка менше 16.

17.2.37. Поліомієліт - однозначний діагноз зараження поліовірусом, що призводить до паралітичного захворювання, яке проявляється порушенням рухової функції або дихальної слабкістю. Поліомієліт має обов’язково викликати неврологічні порушення, які привели до стійкого паралічу кінцівок.

17.2.38. Коронавірусна інфекція COVID-19 - (абревіатура від англ. COrona VIRus Disease 2019), потенційно важка гостра респіраторна інфекція, що викликається вірусом SARS-CoV. Являє собою небезпечне захворювання, яке може протікати як у формі гострої респіраторної вірусної інфекції легкого перебігу, так і у важкій формі, специфічні ускладнення якої можуть включати вірусну пневмонію, яка спричиняє гострий респіраторний дистрес - синдром або дихальну недостатність з ризиком смерті. Діагноз підтверджений тестом РНК COVID-19 методом ПЦР лікувальнопрофілактичного закладу охорони здоров’я. Відповідний діагноз був вперше встановлений в період дії договору. Період очікування 1 місяць (страховий ризик починає діяти через 1 місяць після дати укладення договору).

17.2.39. Прогресуюча склеродермія - системне судинно-колагенове захворювання, що викликає прогресуючий дифузний фіброз шкіри, кровоносних судин та внутрішніх органів. Цей діагноз має бути безсумнівно та однозначно підтверджений результатами біопсії та серологічних тестів, а сама хвороба має досягти системного розповсюдження з залученням серця, легенів або нирок. Наведене нижче є виключенням: 1. Вогнищева склеродермія (лінійна склеродермія або кільцеподібна склеродермія (Морфеа)); 2. Еозинофільний фасцит; 3. CREST-синдром.

17.2.40. Системний червоний вовчак з люпус-нефритом - полісистемне, поліфакторіальне, аутоімунне захворювання, яке характеризується утворенням аутоантитіл до власної ниркової тканини. В даному додатковому страховому ризику системний червоний вовчак обмежений такими формами системного червоного вовчака, які протікають з залученням нирок (з III по V клас люпус-нефриту, який підтверджений результатами біопсії нирок, і відповідно до ВООЗ класифікації). Заключний діагноз має бути засвідчений сертифікованим лікарем-ревматологом, лікарем-імунологом, або лікарем-нефрологом. Класифікація люпус-нефриту за ВООЗ: Клас I: Люпус-гломерулонефрит з мінімальними змінами; Клас II: Мезангіальний люпус-гломерулонефрит; Клас III: Фокальний сегментарний проліферативний люпус-гломерулонефрит; Клас IV: Дифузний проліферативний люпус-гломерулонефрит; Клас V: Мембранозний люпус-гломерулонефрит; Клас VI: Розвинутий склеротичний люпус-гломерулонефрит.

17.2.41. Первинна легенева гіпертензія - первинне та нез’ясовне підвищення тиску у легеневій артерії, що спричинило напруження та недостатність правих відділів серця. Постійні фізичні незворотні порушення мають відповідати принаймні IV-класу згідно 54 з Класифікацією серцевих порушень, прийнятою Нью-Йоркською асоціацією кардіологів. Легенева гіпертензія, пов’язана із захворюваннями легень, хронічна гіповентиляція, легеневі тромбоемболії, захворювання лівих відділів серця та вроджені вади серця є виключеннями. Діагноз первинної легеневої гіпертензії має бути встановлено кардіологом або спеціалістом у сфері пульмонології та потребує підтвердження методом катетеризації серця. Діагноз має бути підтверджено усіма з наведених нижче критеріїв: 1.

Середній тиск в легеневій артерії > 40 мм рт.ст.; та 2. Судинний супротив у легеневій артерії > 3 (мм / л) / хв., а також 3. Нормальний тиск заклинювання в легеневих капілярах < 15 мм рт.ст. Існують показання до катетеризації серця, однак щодо переліку діагностичних критеріїв катетеризація серця необхідна лише для тиску в легеневій артерії. Щодо трьох інших критеріїв, як зазначено нижче, катетеризація серця не потребується: - ЕКГ ознаки гіпертрофії правого серця ($RV1$ плюс $SV5 > 1,05$ мВ); - Зниження концентрації кисню в крові у стані спокою; та - Ехо-кардіографія: збільшений діаметр правого шлуночка > 30 мм. Усе вищенаведене підтверджує діагноз, але не може слугувати підставою для діагностування первинної легеневої гіпертензії. Діагностичними критеріями, отриманими за допомогою катетеризації серця є: - Середній тиск у легеневій артерії ≥ 25 мм рт.ст. у стані спокою; - Середній тиск заклинювання в легеневих капілярах < 15 мм (з метою включення легеневої гіпертензії внаслідок захворювань лівих відділів серця).

17.2.42. Апатичний синдром - розповсюджений некроз кори головного мозку з непошкодженим стовбуром головного мозку. Цей діагноз має бути чітко підтверджений лікарем-неврологом профільного медичного закладу. Тривалість цього стану не менше 1 (одного) місяця має бути підтверджена медичними документами.

17.2.43. Виконання елементарних побутових дій передбачає, що Застрахована особа здатна самостійно виконувати щоденні елементарні побутові дії: • Миття – здатність митися у ванні або душі (включаючи можливість увійти до/вийти з ванни або душі), або інший спосіб миття належної якості за допомогою інших засобів; • Вдягання – спроможність безпечно надіти та зняти будь-які предмети одягу, послабити, розстібнути, розв'язати, як належно, усі застібки, штучні кінцівки та інші пристосування; • Пересування – здатність пересуватися від ліжка до стільця або інвалідного візка і назад; • Мобільність – здатність рухатися у приміщенні, з кімнати до кімнати по рівних поверхнях; • Відвідування туалету – здатність користуватися туалетом або іншим чином контролювати функції кишечника та сечового міхура так, щоб одночасно підтримувати задовільний рівень особистої гігієни; • Харчування – здатність приймати їжу самостійно за умови її готовності та знаходження у межах досяжності (але не готувати їжу).