

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 (Страхувальника), співвідношення зросту та ваги Застрахованої особи (Страхувальника), характер роботи і звички, фінансовий стан та стан здоров'я Застрахованої особи (Страхувальника) як на момент прийняття на страхування, так і в минулому тощо. Всі дані, отримані Страховиком від Застрахованої особи (Страхувальника), є конфіденційними та не підлягають розголошенню.

1.2. Ануїтет - визначені в договорі страхування регулярні послідовні страхові виплати.

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

1.4. 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.

1.5. Викупна сума - сума грошових коштів, що виплачується страховиком Страхувальнику (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.

1.6. Госпіталізація – перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні у медичному закладі з метою надання медично-необхідного стаціонарного лікування. Стаціонарним вважається лікування, яке вимагає перебування у медичному закладі не менше 24 годин на добу, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

1.7. 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).

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

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

1.10. 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.

1.11. Застрахована особа (Застрахований) – фізична особа, визначена Страхувальником у договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність та/або пенсійне забезпечення якої є об'єктом страхування за договором страхування.

1.12. Захворювання (хвороба) – не спричинений зовнішніми факторами розлад здоров'я, що потребує надання медичної допомоги.

1.13. Інвалідність – міра втрати здоров'я у зв'язку із захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити їй соціальний захист.

1.14. Медично-необхідне стаціонарне лікування – медичні процедури та обстеження, які, з точки зору Страховика, вважаються медично-необхідними, а саме такі, що: надані у відповідності до уніфікованих клінічних протоколів; послідовні у частоті та тривалості, та надані медичними установами чи закладами будь-якої форми підпорядкування (державної чи приватної) які офіційно ліцензовані і акредитовані Міністерством охорони здоров'я України; відповідають діагнозу та стану здоров'я Застрахованої особи; вважаються безпечними, необхідними та ефективними для лікування або діагностики стану здоров'я або хвороби Застрахованої особи в клінічно контрольованих умовах. Не вважається медично-необхідним стаціонарне перебування Застрахованої особи у медичному закладі внаслідок недостатнього догляду чи неможливості догляду на дому. Відповідно до цих Загальних умов медичним закладами не вважаються реабілітаційні центри, будинки пристарілих, центри з нагляду за пацієнтами із хворобами легень та іншими невиліковними хворобами, пансіонати, курорти, лікарняні заклади для нервовоневрівноважених, психічнохворих та недієздатних пацієнтів, а також будь-які відділення цих установ.

1.15. 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), автмотоспорт, 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.

1.16. Нещасний випадок – раптова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача) подія, викликана впливом зовнішніх чинників, включаючи протиправні дії третіх осіб, на Застраховану особу, що призвела до травматичного пошкодження тканин організму Застрахованої особи з порушенням їх цілісності та функціональності, деформації та порушення опорнорухового апарату, каліцтва, іншого розладу здоров'я або смерті Застрахованої особи. За цими Загальними умовами нещасним випадком також є випадкове попадання в дихальні шляхи стороннього тіла, утоплення, тепловий удар, опік, укуси тваринами, комахами, зміями, обмороження, випадкове ураження електричним струмом і блискавкою, випадкове отруєння отруйними речовинами, газами, ліками, недоброякісними продуктами харчування (за винятком харчової токсикоінфекції), отруєння наркотичними, токсичними речовинами. Хвороби та їх наслідки, а також поступовий вплив зазначених вище факторів, не вважається нещасним випадком.

1.17. Одноразова страхова премія (страховий внесок, страховий платіж) – плата за страхування, яка сплачується одним платежем.

1.18. Основні ризики - ризики, пов'язані з життям Застрахованої особи, включення до договору страхування життя одного чи кількох з яких є обов'язковим.

1.19. Період очікування – період між завершенням періоду сплати страхової премії та очікуваним настанням страхового випадку за ризиком дожиття або завершенням строку дії договору

1.20. 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

1.21. 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.

1.22. Пільговий період – період часу з моменту пропущення сплати чергової страхової премії тривалістю 45 календарних днів, впродовж якого Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку, якщо інше не передбачено договором; Страховик залишає за собою

право зменшити таку страхову виплату на суму недоотриманої страхової премії. Під час дії надзвичайного або воєнного стану в країні, Страховик може власним рішенням збільшити строк пільгового періоду до 60 календарних днів.

1.22. 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.

1.23. 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.

1.24. Страхова річниця – календарна дата, місяць та день якої збігається з визначеною (передбаченою) договором страхування датою початку його дії.

1.25. 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.

1.26. Страхове покриття – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до договору або закону.

1.27. 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.

1.28. Страховий рік – рік, що починається з дати, яка збігається із страховою річницею, та закінчується із закінченням пільгового періоду.

1.29. Страховий ризик – визначена договором страхування подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

1.30. 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.

1.31. 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.

1.32. Страхувальник – дієздатна фізична особа або юридична особа, яка уклала договір страхування із Страховиком.

1.33. Тілесні ушкодження – порушення анатомічної цілісності або фізіологічних функцій органів та тканин людини, яке виникає внаслідок дії раптових та непередбачуваних зовнішніх факторів.

1.34. Гарантований інвестиційний дохід (далі ГІД) - Розмір ГІД за ризиком дожиття може складати до 4 відсотків річних. ГІД використовується у якості ставки дисконтування при розрахунку страхового тарифу та нараховується включається до розрахунку резервів за відповідними ризиками. Капіталізація відсотків на сплачені страхові премії за ставкою ГІД здійснюється таким чином, що станом на момент завершення дії договору (початку ануїтетних виплат) математичні резерви дорівнюють страховій сумі за ризиком дожиття, вказаній у Договорі страхування (сучасній вартості потоку майбутніх ануїтетних виплат) Таким чином, страхова сума за ризиком дожиття (розмір ануїтетної виплати), вказана у Договорі страхування, обчислена з урахуванням вказаного вище розміру ГІД, та не змінюється впродовж дії Договору. І дії (бездіяльність), передбачала (повинна була передбачити) можливість настання страхового випадку внаслідок зазначених дій.

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 та/або пенсійне забезпечення.

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. дожиття Застрахованої особи до завершення дії договору страхування;

4.1.3. госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

4.1.4. інвалідність Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (Варіант Б);

4.1.5. тілесні ушкодження Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

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 та 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 страхова премія 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 «Маестро»;
- інформаційний документ страхового продукту «Маестро»;
- 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 страхові ризики 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 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.

5.20. 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, може застосовуватися корегуючий коефіцієнт в межах від 0,30 до 8,00.

6.8. Договором страхування може передбачатися 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 обов'язково передбачається збільшення розміру страхової суми та (або) розміру страхових виплат на суми (бонуси), які визначаються Страховиком один раз на рік за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів резервів із страхування життя за вирахуванням витрат Страховика на ведення справи у розмірі до 15 відсотків отриманого інвестиційного доходу та обов'язкового відрахування в математичні резерви частки інвестиційного доходу, що відповідає розміру інвестиційного доходу, який застосовується для розрахунку страхового тарифу за цим договором страхування та у разі індексації розміру страхової суми та (або) 14 розміру страхових виплат за офіційним індексом інфляції, відрахування в математичні резерви частки інвестиційного доходу, що відповідає такій індексації.

6.11. Виплата бонусів здійснюється по закінченню строку страхування одночасно з виплатою страхової суми, передбаченої ризиками, вказаними у підпунктах 4.1.1. та 4.1.2. Загальних умов. Договором може передбачатися також інший порядок виплат бонусів.

6.12. Сторони можуть узгодити зміну зобов'язань у частині розподіленого за договором страхування інвестиційного доходу.

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 11.5 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. Після закінчення першого року дії договору страхування за ініціативою та на підставі письмової заяви Страхувальника можуть бути внесені зміни до договору страхування щодо:

- розміру страхової суми;
- розміру страхової премії;
- періоду страхування;
- періодичності внесення страхових платежів;
- періодичності виплати ануїтету;
- зміни переліку передбачених договором ризиків;
- зміни Страхувальника (зі зміною тарифу);

8.2.1. Протягом дії договору страхування за ініціативою та на підставі письмової заяви Страхувальника можуть бути внесені зміни до договору страхування щодо:

- зміни Страхувальника (без зміни тарифу) та/або Вигодонабувача(ів);
- зміна контактної інформації.

8.3. Страхувальник має право ініціювати зміни до договору страхування, зазначені в пункті 8.2. Загальних умов, не частіше одного разу на рік, при чому ініційовані зміни будуть застосовуватися тільки з початку наступного року дії договору страхування.

8.4. 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.

8.5. 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 4.1.3. - 4.1.5, 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.

8.6. В разі, якщо сплачена Страхувальником чергова страхова премія менша за розмір страхової премії, передбаченої 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.

8.7. Якщо Страховик здійснив страхову виплату за страховими випадками, визначеними в підпунктах 4.1.3. - 4.1.5, він має право ініціювати внесення змін у договір страхування з наступного року страхування.

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

8.9. 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.

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

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

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

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

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

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

8.16. 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) ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи;
- 4) ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 5) набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним;
- 6) в інших випадках, передбачених законодавством України та договором страхування.

8.17. 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;

8.18. 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».

8.19. 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 9.1. 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. Якщо це передбачено Договором Страхування, у випадку смерті Застрахованої Особи внаслідок причин, описаних в пунктах 9.3 – 9.5 цих Загальних умов, Вигодонабувачу може бути виплачена Викупна сума або її частина, розрахована на дату смерті Застрахованої особи.

9.8. 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.

11.9. Якщо страховий випадок настав впродовж дії пільгового періоду, Страховик залишає за собою право зменшити таку страхову виплату на суму недоотриманої страхової премії.

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

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

11.11.1. якщо Застрахована особа дожила до закінчення договору страхування, але не отримала страхової виплати;

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

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

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

11.13. 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.

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

11.15. 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.

11.16. Страховик залишає за собою право обмежити розмір страхової виплати на суму, на яку була би зменшена страхова сума при випуску страхового поліса у випадку, якби Страхувальник при заповненні заяви на страхування повідомив Страховика про наявний розлад здоров'я, що спричинив би зменшення страхової суми за договором страхування життя.

11.17. У разі відмови в здійсненні страхової виплати за ризиком смерть, зважаючи на обставини, за яких стався страховий випадок, Страховик залишає за собою право зробити страхову виплату Вигодонабувачу за ризиком смерть за Договором страхування у розмірі викупної суми та суми резерву бонусів по цьому Договору страхування.

11.18. 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.

11.19. У разі настання страхового випадку за межами України додатково до вищевказаних документів Вигодонабувач (або спадкоємець) повинен надати переклад українською мовою 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.

11.20. Договором страхування може бути встановлено здійснення страхової виплати у формі анuitету. Застрахована особа може обрати один з варіантів анuitету:

11.20.1. Довічний анuitет – періодичні виплати, що здійснюються Страховиком протягом життя Застрахованої особи після досягнення нею визначеної договором страхування дати. В такому випадку передбачені негарантовані анuitетні виплати. У період виплат викупна сума не передбачена (дорівнює нулю). Анuitетні виплати закінчуються відразу після смерті Застрахованої особи.

11.20.2. Анuitет на строк - періодичні виплати, що здійснюються Страховиком протягом встановленого строку після дожиття Застрахованої особи до дати, визначеної договором страхування. В такому випадку можуть передбачені наступні варіанти:

11.20.2.1. Негарантовані анuitетні виплати. У період виплат викупна сума не передбачена (дорівнює нулю). Анuitетні виплати закінчуються відразу після смерті Застрахованої особи або при закінченні встановленого договором страхування строку анuitету в залежності від того, яка з цих подій відбудеться раніше.

11.20.2.2. Гарантовані анuitетні виплати. У період анuitетних виплат, можлива виплата викупної суми у розмірі математичного резерву, сформованого за договором страхування. В разі смерті Застрахованої особи, виплати продовжуються протягом обумовленого терміну Вигодонабувачу, або законному спадкоємцю.

11.21. У разі, якщо Застрахована особа (Вигодонабувач, отримувач виплат по анuitету) бажає достроково припинити договір страхування у період анuitетних виплат, Застрахована особа (Вигодонабувач, отримувач виплат по анuitету) має надіслати заяву на дострокове припинення дії договору страхування та повний пакет документів для проведення страхової виплати у розмірі викупної суми.

11.22. У разі смерті Застрахованої особи (Вигодонабувача, отримувача виплат по анuitету) в період гарантованих анuitетних виплат, Вигодонабувач по смерті Застрахованої особи (спадкоємець/спадкоємці) надсилає повний пакет документів по смерті Застрахованої особи і заяву з умовами подальшої дії договору страхування (або продовження виплат у вигляді анuitету або отримання викупної суми).

11.23. Розмір періодичної виплати розраховується відповідно до обраного варіанту та умов договору страхування.

11.24. Анuitет сплачується щоквартально, два рази на рік або щорічно. Перша виплата проводиться через квартал, півроку або рік після дати початку анuitету, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

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

11.26. Протягом періоду виплати анuitетів особа, яка відповідно до Договору має право на отримання страхової виплати, зобов'язана своєчасно повідомляти Страховика про зміну інформації, необхідної для ідентифікації цієї особи та здійснення чергової виплати анuitету.

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. ІНДЕКСАЦІЯ СТРАХОВОЇ СУМИ ТА СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ

13.1. Індексация може застосовуватися тільки для договорів страхування, у яких грошові зобов'язання Страховика встановлено у національній валюті України.

13.2. Індекс інфляції визначається Страховиком до 31 жовтня кожного року, враховуючи офіційний рівень інфляції, встановлений органом державної влади, уповноваженим здійснювати статистичні розрахунки.

13.3. Згідно з визначеним Страховиком рівнем інфляції страхова сума та страхова премія за договором страхування можуть бути проіндексовані відповідно.

13.4. Метою індексації є захист майбутньої страхової виплати від інфляції та інших економічних ризиків. Індексация здійснюється шляхом щорічного збільшення розміру страхової премії та страхової суми за договором страхування.

13.5. Індексация здійснюється у порядку, встановленому Методикою розрахунків тарифів із страхування життя.

13.6. Якщо основним страховим ризиком передбачено повернення страхових внесків у разі смерті Застрахованої особи до закінчення дії договору страхування, а допоміжні страхові ризики відсутні, то індексация буде застосовуватись лише до внесків. Положення, які стосуються індексації страхової суми на випадок смерті, в такому випадку не підлягають застосуванню.

14. ВИКУПНА СУМА

14.1. Викупна сума підлягає виплаті у випадку дострокового припинення дії договору страхування, крім випадків, коли Застрахована особа приймає на себе обов'язки Страхувальника за договором страхування;

14.2. Способи виплати викупної суми:

14.2.1. Для договору страхування, яким встановлена одноразова страхова премія – викупна сума може бути виплаченою після завершення першого року дії договору страхування у розмірі, визначеному Методикою розрахунків тарифів із страхування життя.

14.2.2. Для договору страхування, яким встановлено періодичність сплати страхових премій – викупна сума може бути виплаченою після завершення третього страхового року договору у розмірі, визначеному Методикою розрахунків тарифів із страхування життя.

14.3. Для отримання викупної суми Страховику надаються:

14.3.1. Оригінал заяви про припинення дії договору страхування із певної дати;

14.3.2. документи, що підтверджують особу Страхувальника (іншої особи, призначеної для отримання викупної суми), ідентифікаційний номер, або реєстраційні документи – для юридичної особи.

14.4. Викупна сума підлягає виплаті впродовж 60 робочих днів з моменту отримання для розгляду всіх документів, які вимагаються для подання відповідно до пункту 14.3. цих Загальних умов.

14.5. Викупна сума розраховується відповідно до Методики розрахунку викупних та редукованих страхових сум. Викупна сума може бути зменшена на будь-які суми коштів, належні Страховику за договором страхування та/або кредитним договором, в тому числі належні страхові премії, витрати пов'язані з достроковим припиненням дії договору страхування, відсотки, штрафи, пені тощо.

14.6. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату викупної суми шляхом сплати Страхувальнику викупної суми з урахуванням встановленого індексу інфляції за весь час прострочення, а також 3 (три) відсотки річних від простроченої суми.

15. ПЕРЕВЕДЕННЯ ДОГОВОРУ У СТАТУС ДОСТРОКОВО СПЛАЧЕНОГО

15.1. У випадку несплати Страхувальником чергової страхової премії за договором страхування, за яким викупна сума відмінна від нуля, договір страхування може продовжити свою дію до встановленої в ньому дати за умови зменшення розміру страхової суми.

15.2. Розрахунок зменшеної страхової суми здійснюється, виходячи із розміру викупної суми та заборгованості Страхувальника на момент здійснення відповідного розрахунку.

15.3. Страхова виплата за договорами страхування із зменшеною страховою сумою виплачується за загальним порядком, встановленим Загальними умовами.

15.4. Набрання договором страхування статусу достроково сплаченого припиняє дію усіх додаткових страхових ризиків.

14.5.1. У договорі страхування життя може бути передбачено право Страховика у разі несплати Страхувальником чергового страхового платежу (внеску) в розмірі та у строки, передбачені договором страхування життя, в односторонньому порядку зменшити (редувати) розмір страхової суми та/або страхових виплат, про що Страхувальник повідомляється в письмовій формі із зазначенням нових розмірів страхових сум та/або ануїтету не пізніше ніж через 30 календарних днів після здійснення такого зменшення (редукування), якщо інший строк не передбачений договором страхування життя

15.5. Переведення договору страхування у статус достроково сплаченого не дозволяється у випадках, коли зменшена страхова сума менша за мінімальний розмір страхової суми, який встановлюється Страховиком.

15.6. У випадку переведення договору страхування у статус достроково сплаченого Страхувальник має право за згодою Страховика, відновити початкову страхову суму, а також додаткове страхове покриття, яке діяло до переведення договору страхування у статус достроково сплаченого. Для поновлення дії договору страхування після закінчення 120 календарних днів після дня, в який повинен був бути сплачений внесок необхідне виконання всіх наступних умов:

15.6.1. Подання Страхувальником письмової заяви на поновлення надання страхових послуг у повному обсязі;

15.6.2. Задоволення вимог Страховика щодо можливості страхування, у тому числі надання оригіналу медичної декларації щодо стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи на момент поновлення дії договору згідно встановленого Страховиком зразка. Страховик протягом 30 робочих днів з дати отримання оригіналу письмової заяви Страхувальника на поновлення надання страхових послуг у повному обсязі має право прийняти рішення щодо:

- поновлення дії договору у повному обсязі;
- поновлення дії договору на умовах зміненої страхової суми та/або страхової премії та/або встановлення змін до переліку страхових ризиків та/або виключень зі страхових випадків;
- відмови від поновлення дії договору.

15.6.3. Сплата всіх несплачених регулярних страхових премій та пені. Пеня розраховується актуарно та враховує ставку гарантованого інвестиційного доходу, який використовувався при розрахунку страхових тарифів, нарахованої на суму таких страхових премій. Разом з поновленням надання

страхових послуг виникає зобов'язання Страхувальника щодо сплати чергових страхових премій;
15.6.4. У разі неможливості виконання підпункту 15.6.3 Страховик приймає рішення про можливість поновлення дії договору на підставі повторної оцінки ризиків.

15.7. Дію договору страхування до закінчення 120 календарних днів після дня, в який повинен був бути сплачений внесок, може бути поновлено в разі виконання вимог підпункту 15.6.3.

15.8. Сплата Страхувальником будь-яких сум грошових коштів Страховику після переведення договору страхування у статус достроково сплаченого в разі невиконання будь-якої з умов підпунктів 15.6.1, 15.6.2, 15.6.3 не призводить до виникнення у Страховика будь-якої відповідальності, за винятком відповідальності з їх повернення за письмовим зверненням платника.

16. ОБСТАВИНИ НЕПЕРЕБОРНОЇ СИЛИ

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

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

16.2.1. настали після дати початку страхування;

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

16.2.3. 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.

16.3. 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.

16.4. 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).

16.5. 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.

17. ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

17.2. 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.

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

17.4. Для вирішення спірних питань застосовується законодавство України.

18. ПОДАТКИ ТА ЗБОРИ

18.1. 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.

19. ОПИС СТРАХОВИХ РИЗИКІВ

19.1. Основними страховими ризиками є :

19.1.1. дожиття Застрахованої особи до завершення дії договору страхування;

19.1.2. смерть Застрахованої особи незалежно від причини.

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

19.1.4. За цим основним страховим ризиком не приймаються на страхування особи із категорій, визначених у пункті 9.1 цих Загальних умов.

19.1.5. Строк страхового покриття за цим страховим ризиком розпочинається через 6 місяців з дати початку дії договору страхування (окрім страхових випадків, що були спричинені нещасним випадком).

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

19.1.7. Під час укладення договору страхування розмір страхової суми за ризиком смерть незалежно від причини може бути встановлено у розмірі від 3% розміру страхової суми за ризиком дожиття до закінчення строку дії договору страхування.

19.2. Додатковим страховим ризиком є: інвалідність Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

19.2.1. Страховим випадком за цим додатковим страховим ризиком є: інвалідність Застрахованої особи першої, другої, третьої групи, встановлення категорії дитина-інвалід внаслідок нещасного випадку.

19.2.2. На страхування приймаються особи, вік яких на момент закінчення дії цього додаткового страхового ризику не перевищуватиме 70 років.

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

19.2.4. Не приймаються на страхування за цього додаткового страхового ризику інваліди першої, другої, третьою групи або діти з встановленою категорією дитина-інвалід.

19.2.5. Страхова виплата сплачується відповідно до варіанту страхування, обраного при укладенні договору страхування залежно від рівня страхової суми відповідно до встановленої групи інвалідності (далі – група):

а) I група – 100%, II група – 75%, III група – 50% страхової суми (Варіант Б);

19.2.6. Після настання страхового випадку страхова виплата здійснюється як відсоток страхової суми, який встановлено договором страхування.

19.2.7. Будь-яка ненульова страхова виплата за цим додатковим страховим ризиком припиняє його дію.

19.2.8. Страхова виплата буде здійснена за умови, що інвалідність Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку мала місце протягом 365 днів від дати настання нещасного випадку.

19.3. Додатковим страховим ризиком є: тілесні ушкодження Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

19.3.1. На страхування приймаються особи, вік яких на дату закінчення дії цього додаткового ризику не перевищуватиме 75 років;

19.3.2. За даним страховим ризиком можливе страхування за наступними списками:

1). Таблиця тілесних ушкоджень №1 .

2). За домовленістю сторін.

19.3.3. Виплата здійснюється відповідно списку таблиці тілесних ушкоджень за редакцією Загальних умов чинних на дату укладення договору страхування або таблицею, визначеною за домовленістю сторін згідно пункту 19.3.2.

19.3.4. Загальна сума страхових виплат протягом страхового року не може перевищувати 100% страхової суми за цим додатковим ризиком. На наступний страховий рік страхова сума поновлюється.

19.3.5. У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть ушкодження, перелічені в одній статті, страхова виплата здійснюється за тим з пунктів цієї статті, в якому враховане найтяжче ушкодження. При ушкодженнях, вказаних у різних статтях цієї Таблиці, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.

19.3.6. У випадку, коли сталося декілька травм, зазначених в одному пункті цієї Таблиці, страхова виплата здійснюється у розмірі вказаного у цьому пункті відсотка від страхової суми, без підсумовування.

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

19.3.8. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату, розмір якої обчислюється як відсоток страхової суми, встановленої для цього страхового ризику, згідно з відповідними Таблицями, які є невід'ємними цих Загальних умов.

19.3.9. У випадку коли сума усіх виплат за цим додатковим ризиком досягає страхової суми, дія цього додаткового ризику припиняється.

19.3.10. Страхова сума встановлюється договором страхування і не може бути збільшена після першої страхової виплати за цим додатковим ризиком страхування.

19.3.11. В разі отримання заяви на страхову виплату по травмі, отримання якої стало наслідком рецидиву ідентичної травми, виплата за яку Страховиком вже була здійснена, Страховик має право не здійснювати повторну виплату.

19.3. Додатковий страховий ризик : смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

19.3.1. На страхування приймаються особи, чий вік на момент закінчення строку дії цього додаткового страхового ризику не перевищуватиме 70 років.

19.4. Додатковим страховим ризиком є: госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (Варіант Г).

19.4.1. Страховим випадком за цим додатковим страховим ризиком є: госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку з метою надання медично-необхідного стаціонарного лікування. Медично-необхідне стаціонарне лікування – медичні процедури та обстеження, які, з точки зору Страховика, вважаються медично-необхідними, а саме такі, що: - надані у відповідності до уніфікованих клінічних протоколів; - послідовні у частоті та тривалості, та надані медичними установами чи закладами будь-якої форми підпорядкування (державної чи приватної) які офіційно ліцензовані і акредитовані Міністерством охорони здоров'я України; - відповідають діагнозу та стану здоров'я Застрахованої особи; - вважаються безпечними, необхідними та ефективними для лікування або діагностики стану здоров'я Застрахованої особи в клінічно контрольованих умовах. Не вважається медично-необхідним стаціонарне перебування Застрахованої особи у медичному закладі внаслідок недостатнього догляду чи неможливості догляду на дому. Відповідно до цих загальних умов медично-необхідне стаціонарне лікування здійснюється медичними закладами або їх відділеннями за умови, 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 години на добу, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. Відповідно до цих Загальних умов медичними закладами не вважаються реабілітаційні центри, будинки престарілих, центри з нагляду за пацієнтами із хворобами легень та іншими невиліковними хворобами, пансіонати, курорти, лікарняні заклади для нервовоневрівноважених, психічнохворих та недієздатних пацієнтів, а також будь-які відділення цих установ.

19.4.2. На страхування приймаються особи від 1 року, вік яких на дату закінчення дії цього додаткового страхового ризику не перевищуватиме 70 років.

19.4.3. Територія дії цього додаткового страхового ризику – Україна, за виключенням тимчасово окупованих територій.

19.4.4. Дія цього додаткового страхового ризику припиняється, якщо Застрахована особа виїжджає на місце постійного проживання за межі України.

19.4.5. До цього додаткового страхового ризику застосовуються виключення та обмеження, встановлені розділом 9.3- 9.5 Загальних умов.

19.4.6. До страхових випадків не відноситься госпіталізація у стаціонар, яка:

- а) сталася до початку дії страхового покриття за даним страховим ризиком;
- б) викликана хворобою або наслідками нещасного випадку, що виникли до початку дії страхового покриття за даним страховим ризиком;
- в) була спричинена психічним або нервовим розладом або будь-яким станом психічно-невропатичного походження або їх наслідками;
- г) була спричинена природними небезпеками (стихійні лиха, дія стихійних або інших природних явищ);

д) була спричинена повторним перебуванням Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні, яке відбулось з тієї самої причини, що і попереднє перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні;

е) підтверджена несвоєчасним поданням документів або не поданням необхідних для виплати документів, що зазначені у Інформаційному листі та Загальних умовах, або подання таких документів в неналежній формі (якщо вони оформлені із порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, підпис уповноваженої особи, печатка, є виправлення тексту тощо).

19.4.7. При настанні страхового випадку згідно з цим додатковим страховим ризиком Застрахована особа або Страхувальник, як тільки це стане можливим, але не пізніше, ніж через 30 (тридцять) днів, має повідомити Страховика про характер, обставини страхового випадку, надати іншу необхідну для здійснення страхової виплати інформацію, а також надати Страховику всі необхідні для здійснення страхової виплати належним чином оформлені документи.

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

19.4.8.1. 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.

19.4.9. Якщо з'являється необхідність продовження стаціонарного лікування з причин, які не пов'язані з причинами попередньої госпіталізації, то в рамках даних Загальних умов таке продовження стаціонарного лікування буде вважатись новим страховим випадком.

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

19.4.11. У випадку настання страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату, розмір якої обчислюється як відсоток страхової суми, встановленої договором страхування.

19.4.12. Сума усіх виплат за ризиком госпіталізації Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку не може перевищувати страхову суму за цим додатковим страховим ризиком.

19.4.13. У випадку коли сума усіх виплат за цим додатковим страховим ризиком досягає страхової суми, дія цього додаткового страхового ризику припиняється.

19.4.14. Страхова сума встановлюється договором страхування і не може бути збільшена після першої страхової виплати за цим додатковим страховим ризиком.

19.4.15. Розмір страхової виплати визначається договором в межах 0,1-0,5% страхової суми за кожен день безперервної госпіталізації, встановленої за цим додатковим страховим ризиком відповідно до передбаченого договору страхування варіанту страхування:

Варіант	День госпіталізації, з якого починається розрахунок страхової виплати	Розмір страхової виплати за кожен день безперервної госпіталізації	Максимальна кількість днів госпіталізації впродовж календарного року, яка може підлягати оплаті
А	8	0,2%	120
Б	8	0,2%	180
В	5	0,2%	180
Г	4	0,5%	180
Д	1-15 (визначається Договором)	0,1-0,5% (визначається Договором)	60-210 (визначається Договором)

19.4.16. Страхова виплата не здійснюється за час перебування у санаторно-курортному закладі, лікуванні на денному стаціонарі чи під час лікування психічних або нервових розладів.

19.4.17. Страхова виплата за цим додатковим страховим ризиком сплачується тільки у випадках, коли госпіталізація здійснювалась за медичними показаннями.

19.4.18. Будь-яка зі Сторін може достроково припинити дію цього додаткового страхового ризику, письмово повідомивши про це іншу Сторону не пізніше, ніж за 30 календарних днів до дати припинення. При цьому страхові платежі, внесені відповідно до умов цього додаткового страхового ризику, не повертаються.

20. ТАБЛИЦЯ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ №1

№	Види тілесних ушкоджень	% страхової суми
ЦЕНТРАЛЬНА І ПЕРИФЕРИЧНА НЕРВОВА СИСТЕМА		
1.	Перелом кісток черепа:	
1.1	перелом зовнішньої пластини кісток склепіння, розходження шва	5
1.2	перелом склепіння	15
1.3	перелом основи	20
1.4	перелом склепіння та основи. При відкритих переломах сплачується додатково 5%.	25
2.	Внутрішньочерепний травматичний крововилив:	
2.1	Субарахноїдальний	10
2.2	епідуральна гематома	20
2.3	субдуральна гематома	25
3.	Ушкодження головного мозку:	
3.1	струс головного мозку, підтверджений енцефалограмою та діагностований невропатологом, що спричинив необхідність стаціонарного лікування тривалістю від 10 днів.	2
3.2	забій головного мозку	10
3.3	невидалені чужорідні тіла порожнини черепа (за винятком шовного і пластичного матеріалу)	15
3.4	розтrocення речовини головного мозку	50
4.	Травматичне ушкодження нервової системи, що спричинило:	
4.1	Моноплегію	30
4.2	Геміплегію	40
4.3	Тетраплегію	70
4.4	деменцію, декортикацію, втрату мови, порушення функцій тазових органів. Платежі за розділом 4 здійснюються не раніше ніж через 1 рік після отримання травми за умови підтвердження діагнозу спеціалістом і проведення експериментально-психологічних досліджень.	75
5.	Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, а також кінського хвоста:	
5.1	забій	10
5.2	частковий розрив	50
5.3	повний розрив	80
6.	Ушкодження периферичних черепно-мозкових нервів (Не застосовується, якщо виплата була здійснена за розділом 1)	10
7.	Кліщовий енцефаліт, який потребує стаціонарного лікування тривалістю від 10 днів	10
8.	Ушкодження (розрив, поранення) шийного, плечового, поперекового, крижового нервових сплетінь та їх нервів: Сплетінь:	

8.1	частковий розрив сплетіння	40
8.2	повний розрив сплетіння	70
<i>Примітки: невралгії, невропатії, що виникли у зв'язку з травмою не дають підстав для отримання страхової виплати.</i>		
	Розрив нервів:	
8.3	гілки променевого, ліктьового, серединного (пальцевих нервів)	5
8.4	на рівні променево-зап'ясткового, гомілковостопного суглоба	10
8.5	на рівні передпліччя, гомілки	20
8.6	на рівні плеча, ліктьового суглоба, стегна, колінного суглоба	40
ОРГАНИ ЗОРУ		
9.	Параліч акомодатії одного ока	15
10.	Геміанопсія (втрата половини поля зору одного ока), ушкодження м'язів очного яблука (травматична косоокість, птоз, диплопія)	15
11.	Звуження поля зору одного ока:	
11.1	концентричне (більше 15%)	5
11.2	неконцентричне (більше 15%)	10
12.	Пульсуючий екзофтальм одного ока	10
13.	Проникаюче поранення очного яблука, дефект райдужної оболонки	10
14.	Безвідновне порушення функції слезопровідних шляхів одного ока	10
15.	Опіки II-III ступеня, зміщення кришталика, немагнітні чужорідні тіла в очному яблуку чи орбіті, рубці оболонки очного яблука, які не спричинили погіршення зору. (Поверхневі чужорідні тіла на оболонках ока не дають підстави для виплати).	5
16.	Ушкодження ока, що призвело до повної втрати зору одного ока. Якщо виявлені патологічні зміни за розділами 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, виплати будуть зроблені не раніше, ніж через 3 місяці після травми, за умови підтвердження діагнозу; сума виплат не повинна перевищувати 40% на одне око.	40
17.	Ушкодження єдиного ока або обох очей, що спричинило повну втрату зору, що мали зір не нижче 0,01.	80
18.	Перелом орбіти	10
19.	Зниження гостроти зору (дивись Таблицю страхових виплат при зниженні гостроти зору).	
<i>Примітки:</i>		
1. Рішення про страхову виплату у зв'язку із зниженням внаслідок травми гостроти зору та іншими наслідками приймається після закінчення лікування, але не раніше 3-х місяців від дня травми. Після закінчення цього строку Застрахована особа направляється до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без врахування корекції) та інших наслідків перенесеної травми. В таких випадках попередньо може бути проведена страхова виплата з урахуванням факту травми за статтею 18.		
2. Якщо дані про гостроту зору ушкодженого ока до одержання травми відсутні, то умовно слід вважати, що вона була такою ж, як неушкодженого. Проте, якщо гострота зору неушкодженого ока виявиться нижче, ніж ушкодженого, умовно слід вважати, що гострота зору ушкодженого ока дорівнювала 1,0.		
3. Якщо внаслідок травми були ушкоджені обидва ока та дані про гостроту зору до травми відсутні, слід умовно вважати, що гострота зору дорівнювала 1,0.		
4. У випадку, коли у зв'язку з післятравматичним зниженням гостроти зору був імплантований штучний кришталик або застосована коригуюча лінза, страхова виплата проводиться з урахуванням гостроти зору до операції.		
ОРГАНИ СЛУХУ		
20.	Ушкодження вушної раковини, що спричинило:	

20.1	Перелом хряща	1
20.2	рубцеву деформацію або відсутність не більш ніж 1/3 вушної раковини	5
20.3	відсутність вушної раковини від 1/3 до половини вушної раковини	15
20.4	відсутність більш ніж половини вушної раковини або повна відсутність вушної раковини	20
21.	Ушкодження вуха, що спричинило втрату слуху:	
21.1	травматичне зниження слуху, підтверджене аудіометрією (більше 10%)	5
21.2	повна глухота (розмовна мова – 0) Виплати за розділами 20, 21 здійснюються не раніше, ніж через 3 місяця з дня травми за умови підтвердження діагнозу. Якщо здійснюється виплата за розділом 20, розділ 54 не застосовується. Якщо здійснюється виплати за розділом 21, розділ 22 не застосовується.	25
22.	Розрив барабанної перетинки, що сталася в результаті травми без зміни рівня слуху Розрив барабанної перетинки при переломах основи черепа не дає підстави для виплати за цією статтею.	2
ДИХАЛЬНА СИСТЕМА		
23.	Перелом кісток носу, передньої стінки гайморової пазухи, решітчастої кістки:	
23.1	без зміщення	5
23.2	зі зміщенням	10
24.	Пошкодження (крім забою) легені, гемоторакс, пневмоторакс:	
24.1	з однієї сторони (односторонній)	5
24.2	з двох сторін (двосторонній)	10
25.	Проникаюче поранення грудної клітини з ушкодженням органів грудної порожнини (крім легені)	15
26.	Пошкодження легені, що спричинило:	
26.1	легеневу недостатність (після трьох місяців з дня травми)	10
26.2	видалення частки легені, долі легені	40
26.3	видалення легені Якщо обумовлені виплати пунктами 26.2, 26.3, пункт 26.1 не застосовується.	60
27.	Перелом грудини	10
28.	Переломи ребер:	
28.1	трьох ребер	3
28.2	кожного наступного ребра (Перелом хрящової частини ребра є підставою для виплати за розділом 28)	2
29.	Ушкодження гортані, трахеї, щитовидного хрящу, перелам під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, що не призвели до порушення функцій.	5
<i>Примітка: якщо у зв'язку з травмою проводилась бронхоскопія, трахеостомія (чи трахеотомія), додатково виплачується 5% страхової суми.</i>		
30.	Ушкодження гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитовидного хрящу, трахеостомія, проведена у зв'язку з травмою, що призвели до:	
30.1	стійкої осиплості або втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше трьох місяців після травми;	10
30.2	втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше шести місяців після травми.	20

Примітка: страхова виплата згідно з цією статтею проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою згідно зі ст. 29 цієї Таблиці. У випадку, коли Застрахована особа у своїй заяві вказала, що травма призвела до порушення функції гортані

або трахеї, необхідно одержати висновок фахівця по закінченні 3-х місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється згідно зі ст. 29 цієї Таблиці.

СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА

31.	Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, що не призвели до серцево-судинної недостатності.	5
32.	Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, що призвели до серцево-судинної недостатності:	
32.1	I ступеня;	10
32.2	II- III ступеня.	25

Примітки:

1. До великих магістральних судин слід відносити: аорту, легеневу, безіменну, сонну артерії, внутрішні яремні вени, верхню та нижню порожнисті вени, ворітну вену, а також магістральні судини, які забезпечують кровообіг внутрішніх органів.

2. Якщо в довідці лікувального закладу не вказаний ступінь серцево-судинної недостатності, то страхова виплата проводиться згідно з підпунктом 32.1 цієї статті.

33.	Ушкодження великих периферійних судин, що не призвели до порушення кровообігу, на рівні:	
33.1	плеча, стегна;	10
33.2	передпліччя, гомілки.	5
34.	Ушкодження великих периферійних судин, що призвели до судинної недостатності.	15

Примітки:

1. До великих периферійних судин слід відносити: підключичні, підпахвові, плечові, ліктьові та променеві артерії, плечоголовні, підключичні, підпахвові, стегнові й підколінні вени.

2. Якщо Застрахована особа в своїй заяві вказала, що травма призвела до порушення функції серцево-судинної системи, слід одержати висновок фахівця.

3. Страхова виплата згідно з ст. 32 цієї Таблиці та цією статтею здійснюється додатково, якщо вказані в цих статтях ускладнення травми будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом по закінченні 3-х місяців після травми, та підтверджені довідкою цього закладу. Раніше цього строку виплата здійснюється згідно зі ст. 31 та ст. 33 цієї Таблиці.

4. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводились операції з метою відновлення судинного русла, додатково виплачується 10% страхової суми.

ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ

35.	Переломи верхньої або нижньої щелепи:	
35.1	односторонній	5
35.2	двосторонній, перелом двох та більше кісток	10
35.3	перелом виличної кістки	5
36.	Ушкодження щелепи, що спричинило відсутність щелепи	40
37.	Ушкодження язика (опік, поранення, відмороження), що спричинило утворення рубців, з порушенням функції ковтання та мови	3
38.	Ушкодження язика, що спричинило:	
38.1	відсутності кінчика язика	10
38.2	відсутність язика на рівні дистальної третини	15
38.3	на рівні середньої третини	30
38.4	на рівні кореня, повна відсутність	75
39.	Ушкодження зубів, що призвели до втрати:	
39.1	одного зуба;	5
39.2	2-3 зубів;	10
39.3	4-6 зубів;	15
39.4	7-9 зубів;	20

39.5	10 і більше зубів.	25
Примітки: 1. У разі втрати через травму зубів з незйомними протезами сума страхової виплати розраховується з урахуванням втрати тільки опорних зубів. У разі пошкодження в результаті травми зйомних протезів страхова виплата не здійснюється. 2. У разі втрати зубного протезу або імплантованого зуба Страхова Виплата не здійснюється. 3. Виплата по втраті зубів за пп 39.3 – 39.5 здійснюється лише за наявності підтверджуючих інструментальних даних (рентгенівські знімки, МРТ, ортопантомограма та ін).		
40.	Ушкодження (розрив, опік, поранення) ротової порожнини, гортані, стравоходу, шлунку Якщо в подальшому здійснюється виплати за розділами 41, 42, виплати, за розділом 40, повинні бути утримані із суми виплати.	5
41.	Ушкодження (розрив, опік, поранення) стравоходу, що спричинило:	
41.1	звуження стравоходу	40
41.2	непрохідність стравоходу (за наявності гастростоми) Виплати за розділом 41 здійснюється не раніше, ніж через 4 місяці після травми за умови підтвердження діагнозу. Раніше цього терміну виплати здійснюються попередньо за розділом 40.	80
42.	Ушкодження (розрив, опік, поранення) органів травлення, що спричинило:	
42.1	спайкову хворобу, рубцеве звуження шлунку, кишківника, задньопрохідного отвору	20
42.2	кишківниковий свищ, кишківниково-вагінальний свищ, свищ підшлункової залози Якщо після травми виникли ускладнення, передбачені пунктами 42.1 – 42.2, виплати здійснюються не раніше, ніж через 3 місяця з дня травми за умови підтвердження діагнозу.	40
43.	Грижа, що виникла на місці передньої черевної стінки, діафрагми	5
44.	Ушкодження печінки внаслідок травми, що спричинило:	
44.1	підкапсульний розрив печінки, що не потребував оперативного втручання	5
44.2	печінкову недостатність	10
45.	Ушкодження печінки, жовчного міхура внаслідок травми, що спричинило:	
45.1	ушивання розривів печінки або видалення сечового міхура	15
45.2	ушивання розривів печінки та видалення сечового міхура	20
45.3	видалення частини печінки	20
45.4	видалення частини печінки та жовчного міхура	30
46.	Ушкодження селезінки, що спричинило:	
46.1	підкапсульний розрив селезінки, що не потребував оперативного втручання	5
46.2	видалення селезінки	30
47.	Ушкодження шлунку, підшлункової залози, кишківника, брижі, що спричинило:	
47.1	резекцію 1/3 шлунку або 1/3 кишківника	25
47.2	резекцію 1/2 шлунку або 1/2 кишківника, або 1/3 підшлункової залози	35
47.3	резекцію 2/3 шлунку або 2/3 кишківника, або 2/3 підшлункової залози	50
47.4	резекцію шлунка та 2/3 підшлункової залози або кишківника	60
47.5	резекція шлунка з кишківником та частиною підшлункової залози	90
48.	Ушкодження органів черевної порожнини, що призвело до лапоротомії (в тому числі з лапороскопією, лапороцентезом) Якщо передбачається виплата за розділами 44-47, розділ 48 не застосовується.	5
СЕЧОСТАТОВА СИСТЕМА		
49.	Ушкодження нирки, що спричинило:	
49.1	розрив нирки, що спричинило хірургічне втручання	10

49.2	видалення частини нирки	20
49.3	видалення нирки	40
50.	Ушкодження органів сечовивідної системи (нирок, сечоводів, сечового міхура, сечовивідних каналів), що спричинило:	
50.1	гостру ниркову недостатність	10
50.2	розрив сечоводу, сечового міхура, уретри, що спричинило хірургічне втручання	15
50.3	непрохідність сечоводу, сечовивідного каналу, сечостатевої свищі Страхова виплата за пунктом 50.3 здійснюється не раніше 6 місяців з дня травми за умови підтвердження діагнозу. Якщо в результаті травми має місце порушення декількох органів сечовивідної системи, страхова сума здійснюється за тим (одним) із пунктів розділу 50, яким встановлено ушкодження більшого ступеня.	30
51.	Ушкодження статеві системи, що спричинило у жінок:	
51.1	втрата однієї маточної труби	15
51.2	втрата двох яєчників, двох маточних труб	20
51.3	втрата матки з трубами або без	25
52.	Ушкодження статеві системи, що спричинило у чоловіків:	
52.1	втрата одного яєчка	15
52.2	втрата двох яєчок, частини статевого члена	20
52.3	втрата статевого члена	25
М'ЯКІ ТКАНИНИ		
53.	Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньобоккової поверхні шиї, підщелепної області, вушних раковин, що призвели після загоювання до:	
53.1	утворення рубців, пігментних плям довжиною (діаметром) від 1 до 3 см.;	3
53.2	утворення рубців, пігментних плям довжиною 3 см і більше;	5
53.3	значного порушення косметики (до 50% поверхні);	10
53.4	різкого порушення косметики (від 50% до 70% поверхні);	30
53.5	спотворення (понад 70% поверхні).	70
<u>Примітки:</u> Рішення щодо здійснення виплати за статтею 53 приймається за станом Застрахованої особи на дату не раніше трьох місяців з дня травми. Спотворення – це різка зміна природного вигляду обличчя людини внаслідок механічного, хімічного, термічного впливу та інших протиправних дій. 1. Якщо у зв'язку з переломом кісток лицьової частини черепа зі зміщенням відламків була проведена операція (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, то страхова виплата здійснюється з урахуванням перелому та післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметику в тому чи іншому ступені. 2. Якщо внаслідок ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки утворився рубець або пігментна пляма і у зв'язку з цим була здійснена відповідна страхова виплата, а потім Застрахована особа одержала травму, що призвела до утворення нових рубців (пігментних плям), то страхова виплата здійснюється знову з урахуванням наслідків повторної травми.		
54.	Ушкодження м'яких тканин волосної частини голови, тулуба, кінцівок, що призвели після загоювання до утворення рубців площею:	
54.1	від 2,0 см ² до 5,0 см ² або довжиною 5 см і більше;	3
54.2	від 5,0 см ² до 0,5% поверхні тіла;	5
54.3	від 0,5% до 2,0% поверхні тіла;	10
54.4	від 2,0% до 4,0% поверхні тіла;	15
54.5	від 4,0% до 6,0% поверхні тіла;	20

54.6	від 6,0 до 8,0% поверхні тіла;	25
54.7	від 8,0% до 10% поверхні тіла;	30
54.8	від 10% до 15% поверхні тіла;	35
54.9	15% та більше поверхні тіла.	40

Примітки:

Рішення щодо здійснення виплати за статтею 54 приймається за станом Застрахованої особи на дату не раніше трьох місяців з дня травми.

1. 1% поверхні тіла Застрахованої особи дорівнює площині поверхні долоні його кисті та пальців. Ця площа визначається у квадратних сантиметрах шляхом множення довжини кисті, що вимірюється від променевозап'ястного суглобу до верхівки нігтьової фаланги III пальця, на її ширину, яка вимірюється на рівні гілок II-V п'ястних кісток (без урахування I пальця).

2. При визначенні площі рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на місці взяття шкірного трансплантату для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри.

Якщо страхова виплата проводиться за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожиль, зшиванні судин, нервів і т. ін.), дана стаття не застосовується.

55.	Опіки поверхні тіла (окрім м'яких тканин обличчя та передньо - бокової поверхні шиї):		
	Площина опіку у %	Розмір страхової виплати, % від страхової суми	
		II ступінь опіку	III ступінь опіку
	1-2	1	2
	3-9	4	7
	10-20	10	15
	21-30	25	30
	31-40	45	50
	41-60	70	80
	61-90	80	100
	більше 90	100	100
	Опіки м'яких тканин обличчя та передньо - бокової поверхні шиї:		
	1-2	5	10
	3-4	10	15
	5-8	15	25
	9-10	20	30
56.	Опікова хвороба, опіковий шок		10

Примітка: страхова виплата згідно з цією статтею здійснюється додатково до страхової виплати, що здійснюється у зв'язку з опіком.

ХРЕБЕТ

57.	Перелом тіл, дужок, суглобних відростків хребців (за винятком хрестця та куприку):	
57.1	одного-двох	15
57.2	трьох та більше Виплати за розділом 57 здійснюються не раніше, ніж через 1 місяць з дня травми за умови підтвердження діагнозу.	25
58.	Повний розрив міжхребцевих зв'язок (за умови лікування не менше 14 днів) При рецидивах підвивиху хребця страхова сума не сплачується.	5
59.	Перелом поперечних або остистих відростків:	
59.1	одного-двох	5
59.2	трьох та більше Якщо здійснюється виплата за розділом 57, розділ 59 не застосовується.	10
60.	Перелом хрестця	
		10

61.	Ушкодження куприка:	
61.1	Підвивих, вивих куприкових хребців;	1
61.2	перелом куприкових хребців	5
61.3	видалення куприкових хребців внаслідок травми	10
<u>Примітки:</u>		
1. Якщо у зв'язку з травмою хребта (в тому числі крижів та копчику) проводились оперативні втручання, то додатково виплачуються 10% страхової суми одноразово.		
2. У випадку, коли перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, страхова виплата проводиться з урахуванням обох пошкоджень шляхом підсумовування.		
3. У випадку, коли внаслідок однієї травми стався перелом тіла хребця, ушкодження зв'язок, перелом поперекових або остистих відростків, страхова виплата здійснюється одноразово згідно із статтею, що передбачає найважче ушкодження.		
ВЕРХНІ КІНЦІВКИ		
ЛОПАТКА, КЛЮЧИЦЯ		
62.	Перелом лопатки, ключиці, розрив акроміально-ключичного або грудинно-ключичного зчленувань:	
62.1	Перелом, вивих однієї кістки або розрив одного зчленування	5
62.2	перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки та розрив одного зчленування, перелоμο-вивих ключиці	10
ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ		
63.	Ушкодження плечового суглобу (суглобної западини, головки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, зв'язок, суглобної сумки):	
63.1	перелом суглобної западини лопатки, повний розрив сухожиль, капсули плечової сумки, відрив кісткових моментів, включаючи горбик, вивих плеча	5
63.2	перелом двох кісток, перелом лопатки й вивих плеча	10
63.3	перелом плеча (головки, анатомічної, хірургічної шийки), перелоμο-вивих плеча.	15
64.	Ушкодження плечового суглоба, що спричинило:	
64.1	відсутність рухів у суглобі (анкілоз)	30
64.2	незафіксований плечовий суглоб внаслідок резекції суглобних поверхонь складових його кісток. Виплата за розділом 64 здійснюється за станом Застрахованої особи на дату не раніше 6 місяців з дня травми; така виплата є додатковою. В цьому випадку додаткова виплата у зв'язку з трансплантацією не здійснюється. Якщо виплата була здійснена у зв'язку з травмою плечового суглобу за розділом 63, а потім ускладнення викликали необхідність здійснити виплату за розділом 64, виплата повинна бути здійснена за пунктом розділу 64, з вирахуванням попередньо здійсненої виплати.	35
ПЛЕЧЕ		
65.	Перелом плечової кістки на будь-якому рівні (крім суглобу):	
65.1	без зміщення	10
65.2	зі зміщенням	15
66.	Травматична ампутація плечової кістки на будь-якому рівні або тяжке ушкодження, що спричинило її ампутацію	65
67.	Травматична ампутація верхньої кінцівки, включаючи лопатку, ключицю або їх частини	70
ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ		
68.	Ушкодження області ліктьового суглоба:	
68.1	перелом однієї кістки без зміщення уламків	5

68.2	перелом двох кісток без зміщення уламків	10
68.3	перелом кісток зі зміщенням уламків	15
69.	Ушкодження області ліктьового суглоба, що спричинило:	
69.1	відсутність рухів у суглобі	30
69.2	незафіксований плечовий суглоб (внаслідок резекції суглобних поверхонь складових його кісток) Якщо у зв'язку з травмою плечового суглоба здійснювалася виплата за розділом 68, а потім виникли ускладнення, перераховані в розділі 69, виплата здійснюється згідно з розділом 69 за вирахуванням раніше здійсненої виплати за розділом 68.	40
ПЕРЕДПЛІЧЧЯ		
70.	Перелом кісток передпліччя:	
70.1	однієї кістки	5
70.2	двох кісток	10
71.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації передпліччя на будь-якому рівні Якщо були виявлені патологічні зміни, перелічені в розділах 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, розмір виплати не повинен перевищувати: ушкодження на рівні ключиці – 70%, вище ліктя – 65%, нижче ліктя – 60% (на одну руку).	60
ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВИЙ СУГЛОБ		
72.	Ушкодження області променево-зап'ясткового суглобу:	
72.1	перелом однієї кістки, відрив шиловидного відростку (відростків), відрив фрагменту(ів) кістки	5
72.2	перелом двох кісток	10
73.	Внутрішньосуглобні переломи кісток променево-зап'ясткового суглобу, що спричинили відсутність рухів в суглобі (анкілоз) Виплата за розділом 73 здійснюється за станом Застрахованої особи на дату не раніше 6 місяців з дня травми.	20
КИСТЬ		
74.	Перелом кісток однієї кисті:	
74.1	перелом однієї кістки (за винятком човноподібної)	2
74.2	двох та більше кісток (за винятком човноподібної), човноподібної кістки	5
74.3	переломи однієї або двох кісток що не зрослися Виплата за пунктом 74.3 здійснюється не раніше 6 місяців з дня травми за умови підтвердження діагнозу.	10
75.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження кисті, що призвело до її ампутації на рівні п'ясткових кісток або променево-зап'ясткового суглоба Якщо були виявлені патологічні зміни, перелічені в розділах 73, 74, 75, загальна сума виплат не повинна перевищувати 55% на одну кисть.	55
ПАЛЬЦІ КИСТІ		
ПЕРШІЙ ПАЛЕЦЬ (ВЕЛИКИЙ ПАЛЕЦЬ)		
76.	Ушкодження пальця, що спричинило:	
76.1	Відрив нігтьової пластинки	2
76.2	Ушкодження сухожилля (сухожиль) розгинача пальця	3
76.3	Перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожильний, суглобовий, кістковий панарицій	5
<u>Примітки:</u>		

- Гнійне запалення навколонігтьового валика (пароніхія) не дає основ для страхової виплати. - Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилів, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилним панарицієм проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
77.	Ушкодження пальця, що спричинило відсутність рухів Виплата за розділом 77 здійснюється не раніше 6 місяців з дня травми за умови підтвердження діагнозу.	2
78.	Травматична ампутація пальця або ушкодження пальця, що призвело до ампутації на рівні:	
78.1	нігтьової фаланги та міжфалангового суглобу	5
78.2	основної фаланги, п'ястковофалангового суглобу (втрата пальця)	10
78.3	п'ясткової кістки	15
ДРУГИЙ, ТРЕТІЙ, ЧЕТВЕРТИЙ, П'ЯТИЙ ПАЛЬЦІ		
79.	Ушкодження одного пальця, що спричинило:	
79.1	Відрив нігтьової пластинки	2
79.2	Ушкодження сухожилля (сухожилів) розгиначів пальця	3
79.3	Перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожилів) згинача пальця, сухожилний, суглобовий, кістковий панарицій	5
Примітки:		
- Гнійне запалення навколонігтьового валика (пароніхія) не дає основ для страхової виплати. - Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилів, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилним панарицієм проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
80.	Ушкодження пальця, що спричинило відсутність рухів Виплата за розділом 80 здійснюється не раніше 6 місяців з дня травми за умови підтвердження діагнозу.	2
81.	Травматична ампутація або ушкодження пальця, що призвело до ампутації:	
81.1	пальця на рівні нігтьової фаланги (втрата фаланги)	2
81.2	пальця на рівні середньої фаланги (втрата двох фаланг)	3
81.3	втрата пальця на рівні основної фаланги (втрата пальця)	5
81.4	пальця на рівні основної фаланги (втрата пальця) з зап'ястковою кісткою	10
81.5	усіх пальців однієї кисті	50
ТАЗ		
82.	Перелом кісток тазу:	
82.1	перелом крила	5
82.2	перелом лонної, сідничної кістки, тіла клубової кістки, вертлюжної западини	10
82.3	перелом двох та більше кісток	15
83.	Розрив лонного, крижово-клубового зчленування:	
83.1	одного-двох	10
83.2	двох та більше	15
НИЖНІ КІНЦІВКИ		
ТАЗОСТЕГНОВИЙ СУГЛОБ		
84.	Ушкодження тазостегнового суглобу:	
84.1	вивих кульшового суглобу з відривом кісткового фрагменту (фрагментів)	3
84.2	повний або частковий розрив зв'язок, ізольований відрив вертелу (вертелів)	5
84.3	перелом голівки, шийки, проксимального метафізу стегна	15
85.	Ушкодження тазостегнового суглобу, що спричинило:	

85.1	відсутність рухів у суглобі (анкілоз) Виплати за пунктом 85.1 здійснюються не раніше 6 місяців з дати травми за умови підтвердження діагнозу	20
85.2	незафіксованість суглобу (внаслідок резекції головки стегна і вертлюжної западини)	50
СТЕГНО		
86.	Перелом стегна на будь-якому рівні (за винятком області суглобів):	
86.1	без зміщення уламків	20
86.2	зі зміщенням уламків	25
87.	Перелом стегна, ускладнений виникненням несправжнього суглобу (перелом, який не зрісся)	45
88.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації кінцівки на будь-якому рівні стегна:	
88.1	одної кінцівки	60
88.2	єдиної кінцівки Якщо виявлені патологічні зміни, перелічені в розділах 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, загальна сума виплат на одну ногу не повинна перевищувати: 70% - вище середньої частини стегна, 60% - нижче середньої частини стегна.	80
КОЛІННИЙ СУГЛОБ		
89.	Ушкодження колінного суглобу, що спричинило:	
89.1	гемартроз, підтверджений пункцією суглоба	2
89.2	розрив зв'язок, відрив кісткових фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), виростка (виростків)	5
89.3	перелом міжвиросткових підвищень, проксимального метафізу великої гомілкової кістки	10
89.4	перелом проксимального метафізу великої гомілкової кістки з головкою малої гомілковою кістки	15
89.5	перелом кісток, що формують колінний суглоб (дистальний епіфіз стегна та проксимальний епіфіз, великої гомілкової кістки)	20
90.	Ушкодження колінного суглобу, що призвело до:	
90.1	анкілоз колінного суглобу Виплати за пунктом 90.1 здійснюються не раніше 6 місяців з дня травми за умови підтвердження діагнозу.	30
90.2	незафіксованості колінного суглобу (внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, які його формують) Якщо у зв'язку з травмою колінного суглобу здійснюється виплата за розділом 89, а після виникли ускладнення, перелічені в розділі 90, виплата здійснюється згідно з одним із пунктів розділу 90, за вирахуванням раніше здійснених виплат за розділом 89.	40
ГОМІЛКА		
91.	Перелом кісток гомілки (за винятком області суглобів):	
91.1	малої гомілкової кістки, відрив кісткових фрагментів	10
91.2	великої гомілкової кістки, подвійний перелом малої гомілкової кістки	15
91.3	обох кісток, подвійний перелом великої гомілкової кістки	20
92.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що спричинило:	
92.1	екзартикуляцію в колінному суглобі	30
92.2	ампутація гомілки на будь-якому рівні Якщо виявлені патологічні зміни, перелічені в розділах 89, 90, 91, 92, загальна сума виплат не повинна перевищувати на одну ногу 45%.	45
ГОМІЛКОВОСТОПНИЙ СУГЛОБ		

93.	Ушкодження області гомілковостопного суглобу:	
93.1	ушкодження зв'язок гомілкоступневого суглобу	2
93.2	перелом однієї щиколотки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу, ушкодження (розрив) зв'язок	5
93.3	перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки	10
93.4	перелом обох щиколоток з краєм великогомілкової кістки.	15
<u>Примітки:</u>		
1. При переломах кісток гомілкоступневого суглоба, що супроводжувались розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) ступні, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.		
2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки гомілковоступневого суглоба здійснювались оперативні втручання (крім первинної хірургічної допомоги та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.		
94.	Ушкодження гомілковостопного суглобу, що призвело до:	
94.1	відсутність рухів у суглобі (анкілоз) Виплата за пунктом 94.1 здійснюється не раніше 6 місяців з дня травми за умови підтвердження діагнозу	25
94.2	екзартикуляцію в гомілково-стопному суглобі	30
94.3	незафіксованість гомілково-стопного суглобу (внаслідок резекції суглобних поверхонь, формуючих його кісток) Якщо у зв'язку з травмою гомілково-стопного суглобу було здійснено виплату за розділом 93, після якої виникли ускладнення, перелічені в розділі 94, наступна виплата здійснюється згідно зі пункту розділу 94, за вирахуванням раніше здійснених виплат за розділом 93.	35
95.	Ушкодження Ахіллового сухожилля	
95.1	при консервативному лікуванні;	2
95.2	при оперативному лікуванні.	7
СТОПА		
96.	Ушкодження стопи:	
96.1	Перелом, вивих однієї-двох кісток (крім п'яткової кістки)	2
96.2	перелом трьох та більше кісток, п'яткової кістки	10
97.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження стопи, що призвело до ампутації на рівні:	
97.1	плеснофаланговий суглоб (відсутність всіх пальців стопи)	15
97.2	всіх плесневих кісток	20
97.3	передплесно	25
97.4	таранної, п'яткової кісток, гомілковостопного суглоба (втрата стопи) Якщо виявлені патологічні зміни, перелічені розділами 93, 94, 95, 96, 97, загальна сума виплат не повинна перевищувати 40% на одну стопу.	35
Пальці стопи:		
98.	Перелом, вивих фаланг (фаланги), ушкодження сухожилля (сухожиль) пальця (пальців) однієї стопи:	
98.1	вивих, перелом однієї фаланги, декількох фаланг одного-двох пальців	1
98.2	вивих, перелом однієї фаланги або декількох фаланг трьох-п'яти пальців	3
99.	Травматична ампутація або ушкодження, що призвело до ампутації:	
99.1	на рівні нігтьової фаланги (втрата нігтьової фаланги) великого пальця	2
99.2	на рівні основної фаланги (втрата пальця) великого пальця	5
99.3	двох пальців на рівні нігтьових та середніх фаланг	3
99.4	одного пальця на рівні основної фаланги (крім великого пальця)	3

100.	Ушкодження, що призвело до розвитку посттравматичного тромбофлебиту, лімфостазу, остеомієліту, порушення трофіки Розділ 100 застосовується при тромбофлебіті, лімфостазі та порушеннях трофіки, спричинених травмою опорно-рухового апарату (за винятком пошкодження великих периферичних судин та нервів), через 6 місяців після травми за умови підтвердження діагнозу. Гнійні запалення пальців стоп не дають підстав для застосування розділу 100.	5
101.	Травматичний шок або шок, який розвинувся внаслідок гострої втрати крові, пов'язаний з травмою (геморрагічний шок)	10
Відмороження		
102.	Загальне охолодження організму (шок):	
102.1	на повітрі	5
102.2	на воді	10
103.	Відмороження:	
103.1	I ступеня	5
103.2	II ступеня	10
103.3	III ступеня	15
103.4	IV ступеня	20
104.	Ускладнення при III- IV ступені відмороження:	
	Місцевого характеру	
104.1	ранева інфекція (анаеробна, гнилісна, гнойна)	7
104.2	ішемія кінцівки (нітровоаскуліт, зміна тактильної чутливості)	10
	Загального характеру:	
104.3	пневмонія	10
104.4	сепсис	20
104.5	емболія	10
104.6	гострий міоглобінурійний невроз	10
	Відторгнення органу (ніс, вушні раковини, статевий член)	
	Часткове:	
104.7	вушної раковини	10
104.8	від 1/3 до 2/3 носу	20
104.9	статевого члену	20
	Повне:	
104.10	вуха	20
104.11	носу	30
104.12	статевого члену	40

Таблиця страхових виплат при зниженні гостроти зору внаслідок нещасного випадку

Гострота зору		Розмір страхової виплати, % від страхової суми	Гострота зору		Розмір страхової виплати, % від страхової суми
до нещасного випадку	після нещасного випадку		до нещасного випадку	після нещасного випадку	
1,0	0,9	3	0,6	0,5	5
	0,8	5		0,4	5
	0,7	5		0,3	10
	0,6	10		0,2	10

	0,5	10		0,1	15
	0,4	10		нижче 0,1	20
	0,3	15		0,0	25
	0,2	20		0,4	5
	0,1	30		0,3	5
	нижче 0,1	40		0,2	10
	0,0	50		0,1	10
				нижче 0,1	15
0,9	0,8	3	0,5	0,0	20
	0,7	5		0,3	5
	0,6	5		0,2	5
	0,5	10		0,1	10
	0,4	10		нижче 0,1	15
	0,3	15		0,0	20
	0,2	20		0,3	5
	0,1	30		0,2	5
	нижче 0,1	40		0,1	10
	0,0	50		нижче 0,1	15
0,8	0,7	3	0,4	0,0	20
	0,6	5		0,2	5
	0,5	10		0,1	10
	0,4	10		нижче 0,1	15
	0,3	15		0,0	20
	0,2	20		0,3	5
	0,1	30		0,2	5
	нижче 0,1	40		0,1	10
	0,0	50		нижче 0,1	10
				0,0	20
0,7	0,6	3	0,3	0,1	5
	0,5	5		нижче 0,1	10
	0,4	10		0,0	20
	0,3	10		0,2	5
	0,2	15		нижче 0,1	10
	0,1	20		0,0	20
	нижче 0,1	30		0,1	10
	0,0	40		нижче 0,1	10
				0,0	20
				нижче 0,1	20

Примітки: 1. До повної сліпоти (0,0) прирівнюється гострота зору нижче за 0,01 і до світловідчуття (рахування пальців біля обличчя). 2. При видаленні в результаті травми очного яблука, що володіло до нещасного випадку зором, а також при його зморищуванні виплачується 10% страхової суми.