

## ОСНОВНІ ВИЗНАЧЕННЯ

Приватне акціонерне товариство «Страхова Компанія «КД Життя» на підставі цих Правил добровільного страхування життя (далі – Правила) укладає договори страхування життя (далі – договір страхування).

Терміни, що вживаються у Правилах, мають таке значення:

- 1.1. **Андеррайтинг** – процедура оцінки страхового ризику при прийнятті на страхування. При проведенні Андеррайтингу Страховиком беруться до уваги, зокрема, вік, стать Застрахованої особи (Страховальника), характер роботи і звички, фінансовий стан та стан здоров'я Застрахованої особи (Страховальника) як на момент прийняття на страхування, так і в минулому тощо. Всі дані, отримані Страховиком від Застрахованої особи (Страховальника), є конфіденційними та не підлягають розголошенню.
- 1.2. **Ануїтет** - регулярні, послідовні страхові виплати, що здійснюються протягом обумовленого періоду часу або довічно.
- 1.3. **Безвідкличний Вигодонабувач** – Вигодонабувач, якого не може бути замінено під час дії Договору страхування без його попередньої згоди.
- 1.4. **Вигодонабувач** - фізична особа або юридична особа, призначена Страховальником за згодою Застрахованої особи для отримання страхової виплати. 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, яка виплачується Страховиком у випадку 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 даних Правил.
- 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. **Дата платежу** – дата надходження страхової премії на розрахунковий рахунок Страховика.
- 1.8. **Договір Страхування** – письмова угода між Страховиком і Страховальником, за яким Страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку здійснити Страховальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування, страхову виплату, а Страховальник зобов'язується сплачувати страхові премії та виконувати інші умови договору страхування. Факт укладення договору страхування посвідчується страховим полісом (страховим свідоцтвом, страховим сертифікатом).
- 1.9. **Застрахована особа** (Застрахований) – фізична особа, щодо якої укладено договір страхування.
- 1.10. **Захворювання** (хвороба) – не спричинений зовнішніми факторами розлад здоров'я, що потребує надання медичної допомоги.
- 1.11. **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 її соціальний захист.

- 1.12. **Колективний договір** – договір, за яким Застрахованих осіб більше однієї. Якщо значення будь-якого терміну чи поняття не визначено у цих Правилах чи у нормативно-правових актах України, то такий термін використовується у своєму звичайному лексичному значенні.
- 1.13. **Кредит** – кошти, які надаються резидентам та нерезидентам юридичними особами у користування на визначених умовах і за визначену плату.
- 1.14. **Кредитна установа** – фінансова установа, яка відповідно до законодавства України має право за рахунок залучених коштів надавати фінансові кредити на власний ризик.
- 1.15. **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 Правил 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 нервово-неврівноважених, психічнохворих та недієздатних пацієнтів, а також будь-які відділення цих установ.
- 1.16. **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), автотоспорт, 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.
- 1.17. **Нещасний випадок** – раптова, короточасна, 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 опорно-рухового апарату, каліцтва, іншого розладу здоров'я або смерті Застрахованої особи.
- За цими Правилами 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.
- 1.18. **Одноразова страхова премія** (страховий внесок, страховий платіж) – плата за страхування, яка сплачується одним платежем.
- 1.19. **Період очікування** – період часу між датою початку страхування, вказаною в договорі страхування, та датою, з якої Страховик починає нести обов'язок щодо

- здійснення страхової виплати за визначеним ризиком. Страхові виплати не здійснюються за страховими випадками, які настали під час періоду очікування.
- 1.20. **Період страхування** - період часу, який починається з дати набрання чинності договору страхування (дата початку страхування) і закінчується після закінчення строку, вказаного в договорі страхування (дата закінчення страхування).
  - 1.21. **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.
  - 1.22. **Страхова виплата** - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку Вигодонабувачу, Застрахованій особі або спадкоємцю Застрахованої особи за законом. 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 укладання договору страхування або внесення змін до договору страхування, або у випадках, передбачених чинним законодавством.
  - 1.23. **Страхова премія** (страховий внесок, страховий платіж) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику в порядку і строк, встановлені 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 зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні 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. **Страховий випадок** – подія, передбачена договором страхування, яка відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.
  - 1.27. **Страховий резерв** – кошти, що накопичуються Страховиком з метою забезпечення майбутніх виплат страхової суми залежно від видів страхування життя.
  - 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 програми страхування, 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. **Фінансова послуга** – операції з фінансовими активами, що здійснюються в інтересах третіх осіб за власний рахунок чи за рахунок цих осіб, а у випадках, передбачених законодавством України, - і за рахунок залучених від інших осіб фінансових активів з метою отримання прибутку або збереження реальної вартості фінансових активів.
- 1.35. **Фінансова установа** – юридична особа, яка надає одну чи декілька фінансових послуг та яка внесена до відповідного реєстру у порядку, встановленому законодавством України. До фінансових установ належать банки, кредитні спілки, ломбарди, лізингові компанії, довірчі товариства, страхові компанії, установи накопичувального пенсійного забезпечення, інвестиційні фонди і компанії та інші юридичні особи, виключним видом діяльності яких є надання фінансових послуг.
- 1.36. **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 на сформовані математичні резерви 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.

## **2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

2.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням Застрахованої особи.

## **3. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ**

- 3.1. Перелік страхових ризиків, які приймаються на страхування, відповідно до цих Правил:
  - 3.1.1. смерть Застрахованої особи незалежно від причини;
  - 3.1.2. дожиття Застрахованої особи до закінчення дії договору страхування;
  - 3.1.3. дожиття Застрахованої особи до обумовлених договором страхування дат;
  - 3.1.4. смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
  - 3.1.5. інвалідність Застрахованої особи першої, другої, третьої групи. Встановлення категорії дитина-інвалід внаслідок нещасного випадку;
  - 3.1.6. тілесні ушкодження Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
  - 3.1.7. госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
  - 3.1.8. перша та друга група інвалідності Застрахованої особи незалежно від причини;
  - 3.1.9. перша група інвалідності Застрахованої особи незалежно від причини, котрий є Страхувальником за договором страхування;
  - 3.1.10. перша та друга група інвалідності Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
  - 3.1.11. інвалідність першої групи Застрахованої особи незалежно від причини;

- 3.1.12. інвалідність другої групи Застрахованої особи незалежно від причини;
- 3.1.13. інвалідність першої групи Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
- 3.1.14. інвалідність другої групи Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
- 3.1.15. смерть Застрахованої особи внаслідок дорожньо-транспортної пригоди;
- 3.1.16. смерть Застрахованої особи внаслідок авіакатастрофи;
- 3.1.17. смерть Застрахованої особи внаслідок залізничної катастрофи;
- 3.1.18. смерть Застрахованої особи внаслідок морської катастрофи;
- 3.1.19. захворювання Застрахованої особи критичною хворобою;
- 3.1.20. зазнання Застрахованої особи хірургічного втручання з будь-якої причини.

3.2. Договір страхування обов'язково містить одну основну програму страхування, а також може включати одну або декілька додаткових програм страхування.

#### **4. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ ТА ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ**

4.1. На страхування не приймаються, якщо іншого не встановлено іншими положенням Правил та/або договору страхування:

- 4.1.1. особи старші 97 років на момент підписання заяви на страхування;
- 4.1.2. інваліди I групи, а також особи віком до 18 років, яким встановлено категорію дитина-інвалід;
- 4.1.3. 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;
- 4.1.4. особи зі стійкими нервовими чи психічними розладами, які перебувають через це на обліку в психоневрологічному диспансері;
- 4.1.5. особи, яким діагностовано СНІД, а також ВІЛ-інфіковані;
- 4.1.6. особи, які перебувають під слідством, чи ув'язнені;
- 4.1.7. особи, які страждають на онкологічні захворювання.

4.2. Страховик звільняється від обов'язку здійснити страхову виплату, якщо ним було виявлено, що особа, яку було прийнято на страхування, підпадала під категорії, визначені статтею 4.1. Правил.

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

- 4.3.1. умисних дій Застрахованої особи, Страхувальника, Вигодонабувача, чи особи, яка діяла за їх вказівками, спрямованих на настання страхового випадку;
- 4.3.2. 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);
- 4.3.3. 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;
- 4.3.4. 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;
- 4.3.5. скоєння Застрахованою особою самогубства, за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до цього протиправними діями третіх осіб;

- 4.3.6. спроби самогубства або умисного пошкодження органів чи частин тіла, крім випадків, якщо Застраховану особу було доведено до цього протиправними діями третіх осіб;
- 4.3.7. будь-яке погіршення стану здоров'я, спричинене радіаційним опроміненням, або дією хімічних чинників, або внаслідок впливу чи використання ядерної енергії;
- 4.3.8. 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;
- 4.3.9. застосування косметичної/естетичної хірургії (процедур) щодо Застрахованої особи без медичних показань;
- 4.3.10. вагітності Застрахованої особи, яка протікала без належного медичного контролю;
- 4.3.11. захворювання Застрахованої особи на ВІЛ чи СНІД, та/або наступних ускладнень термінальної (кінцевої) стадії ВІЛ-інфекції:
- опортуністичної інфекції, включаючи пневмоцистичну 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 імунодефіциту;
  - енцефалопатії (деменції) та синдрому атрофії внаслідок ВІЛ-інфекції;
- якщо іншого не обумовлено договором страхування;
- 4.3.12. скоєння злочину Застрахованою особою;
- 4.3.13. необґрунтованого незвернення за медичною допомогою або нехтування медичних приписів Застрахованою особою.
- 4.4. Страховик звільняється від здійснення страхової виплати, якщо страховий випадок настав унаслідок:
- 4.4.1. ядерного вибуху;
- 4.4.2. 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.
- 4.5. Якщо договором страхування не передбачено іншого, Страховик звільняється від страхової виплати, якщо страховий випадок настав унаслідок:
- 4.5.1. участі в будь-яких авіаційних перельотах, за винятком польотів у якості пасажирів авіарейсу, ліцензованого для перевезення пасажирів і керованого пілотом, який має відповідний сертифікат;
- 4.5.2. занять небезпечними видами спорту або систематичних занять будь-яким видом спорту, який включає тренування і/або змагання.
- 4.6. 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.
- 4.7. Якщо це передбачено Договором Страхування, у випадку смерті Застрахованої Особи внаслідок причин, описаних в пунктах 4.3 – 4.5 Правил, Вигодонабувачу може бути виплачена Викупна сума або її частина, розрахована на дату смерті Застрахованої особи.
- 4.8. 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).

## **5. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ 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. Неповна, неточна заява на страхування чи складена нечітким почерком не вважається пропозицією укласти договір страхування та підлягає поверненню заявленому Страхувальнику.
- 5.5. 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.
- 5.6. 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.
  - 5.6.1. У разі здійснення перерахунку розміру страхової суми (більше ніж на 15% за основною та додатковими програмами страхування 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.
  - 5.6.2. 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.
  - 5.6.3. 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).

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

5.6.5. Невід'ємними частинами договору страхування є:

1. Письмова заява Страхувальника на укладання договору страхування життя;
2. Будь-які документи, надані на вимогу Страховика та на підставі яких здійснювалася оцінка страхового ризику;
3. Додатки до заяви на страхування;
4. Страховий поліс;
5. Правила добровільного страхування життя ПрАТ «СК «КД Життя»;
6. Додатки до страхового полісу;
7. Додаткові угоди;
8. Зміни і доповнення до умов страхування.

Страховий поліс має містити:

1. Назву та номер документу;
2. Назву та адресу Страховика;
3. Прізвище, ім'я, по батькові або назву Страхувальника та Застрахованої особи, їх дати народження;
4. Прізвище, ім'я, по батькові або назву Вигодонабувача, його дату народження, адресу;
5. Розмір страхової суми;
6. Розмір страхової премії та періодичність її сплати;
7. Страховий тариф;
8. Дату початку та дату закінчення договору страхування;

Страховий поліс завіряється печаткою та підписом Страховика.

5.7. 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 програми страхування не можуть починати свою дію до завершення оцінки ризиків відповідно до процедури андеррайтингу за відповідними страховими ризиками, тобто коли заявлена Застрахована особа визнана Страховиком такою, яка може бути прийнята на страхування згідно визначених ним умов.

5.8. 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 укладання договору страхування. У разі подання Страхувальником письмового повідомлення про відмову від укладання договору страхування після проведення медичного обстеження Страховик має право вирахувати кошти, витрачені на

проходження медичного огляду Застрахованою особою із суми, що підлягає поверненню.

- 5.9. 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 укладання договору страхування.
- 5.10. Страховик може відмовитись від укладання 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).
- 5.11. 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).
- 5.12. Договір страхування може бути укладено на будь-якій термін, встановлений за домовленістю сторін, але не менше ніж на один місяць.
- 5.13. Договір страхування закінчує свою дію о 24 год. 00 хв. Дати закінчення страхування, якщо іншого не встановлено умовами договору страхування. Якщо договір страхування складається із основної та додаткових програм страхування, то договір страхування закінчує свою дію разом із закінченням основної програми страхування.
- 5.14. 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.
- 5.15. 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.
- 5.16. Договір страхування діє на необмеженій території, якщо іншого не встановлено законом чи договором.
- 5.17. У випадку, якщо договір страхування або страховий поліс конкретизує, уточнює або доповнює положення цих Правил, Програми страхування, пріоритетну силу мають умови договору страхування або страхового поліса.
- 5.18. Порядок укладення договорів страхування із юридичними особами регламентується Розділом 5 цих Правил, а також:
  - 5.18.1. Договори страхування із Страхувальником-юридичною особою укладаються на підставі колективного договору за формою встановленою Страховиком. Колективний договір укладається у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожної із Сторін. Невід'ємними додатками до такого договору є:
    - 5.18.1.1. Список Застрахованих осіб;
    - 5.18.1.2. Письмова згода Застрахованої особи щодо призначених Вигодонабувачів.
  - 5.18.2. якщо договором страхування не передбачено іншого, у разі припинення трудових відносин із Страхувальником-юридичною особою Застрахована особа має право:

5.18.2.1. залишатись Застрахованою особою у разі набуття прав та обов'язків Страхувальника стосовно себе;

5.18.2.2. залишатись Застрахованою особою у разі відмови від набуття прав та обов'язків Страхувальника стосовно себе.

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

## **6. СТРАХОВА СУМА І СТРАХОВА ПРЕМІЯ**

- 6.1. Страхова сума визначається за згодою між Страховиком і Страхувальником під час укладення договору страхування.
- 6.2. Згідно з умовами страхування страхова сума за додатковою програмою страхування може бути іншою, ніж страхова сума за основною програмою страхування.
- 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 Правилами страхування, може застосовуватися корегуючий коефіцієнт в межах від 0,30 до 8,00.
- 6.8. Договором страхування може передбачатися залежно від програми страхування один з таких способів сплати страхової премії:
- 6.8.1. одноразово;
- 6.8.2. із періодичністю, встановленою договором страхування (щорічно, раз на півроку, щоквартально, щомісячно).
- 6.9. Страхова премія вважається сплаченою за умови, коли:
- 6.9.1. сплачені грошові кошти зараховано на рахунок Страховика у визначеній ним банківській установі;
- 6.9.2. сума платежу відповідає встановленій договором страхування страховій премії;
- 6.9.3. платіж надійшов із призначенням відповідно до договору страхування.
- 6.10. Договором страхування життя 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) 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 п.3.1.2. та 3.1.3. Правил. 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. ЗМІНИ УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

- 7.1. 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 Правилам, внутрішнім положенням Страховика, інтересам Страховика або інших Страхувальників.
- 7.2. 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;
  - валюти страхування;
  - зміни переліку передбачених договором ризиків;
  - зміни Страхувальника та/або Вигодонабувача(ів).
- 7.3. Страхувальник має право ініціювати зміни до договору страхування, зазначені в статті 7.2. Правил, не частіше одного разу на рік, при чому ініційовані зміни будуть застосовуватися тільки з початку наступного року дії договору страхування.
- 7.4. Будь-які зміни до договору страхування, оформлюються додатковою угодою та/або шляхом обміну листами про узгодження відповідних змін, що посвідчуються підписом сторони, яка їх надсилає, а також застосовуються після сплати Страхувальником всіх витрат, пов'язаних із такими змінами, якщо інше не передбачено договором.
- 7.5. 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 п 3.1.5.-3.1.14, 3.1.19-3.1.20 цих Правил, 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.
- 7.6. Якщо Страховик здійснив страхову виплату за страховими випадками, визначеними в п. 3.1.5.-3.1.14, 3.1.19-3.1.20, він має право ініціювати внесення змін у договір страхування з наступного року страхування.

- 7.7. Якщо Страхувальник заперечує проти змін умов договору страхування, Страховик може відмовитися від договору страхування шляхом письмового повідомлення Страхувальника.
- 7.8. 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.
- 7.9. Вигодонабувача не може бути змінено після настання страхового випадку.
- 7.10. Якщо за договором було призначено Безвідкличного Вигодонабувача, зміни умов договору страхування не можуть бути внесені без письмової згоди такого Вигодонабувача.
- 7.11. Якщо під час дії договору страхування Страхувальник-юридична особа припиняється і встановлюються його правонаступники, права і обов'язки Страхувальника переходять до правонаступника
- 7.12. Під час дії договору страхування права Страхувальника-юридичної особи можуть перейти до іншого Страхувальника-юридичної особи за (письмовим погодженням) згодою Застрахованої особи.
- 7.13. У разі визнання судом Страхувальника-громадянина недієздатним його права та обов'язки за договором страхування переходять до його опікуна.
- 7.14. 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. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

- 8.1. В разі настання страхового випадку, Вигодонабувач (Застрахована особа, Страхувальник) повинен:
  - 8.1.1. Невідкладно, але у будь-якому разі не пізніше ніж через 30 календарних днів після настання страхового випадку, повідомити Страховику прізвище та ім'я Застрахованої особи, дату та обставини настання страхового випадку. За рішенням Страховика цей строк може бути продовжено.
  - 8.1.2. Надати Страховику документи, що підтверджують настання страхового випадку.

## **9. СТРАХОВА ВИПЛАТА**

- 9.1. 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.
- 9.2. Страховик повідомляє Вигодонабувачу рішення про здійснення чи відмову у здійсненні страхової виплати впродовж 10 робочих днів з моменту прийняття відповідного рішення.

- 9.3. 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.
- 9.4. Страхова виплата здійснюється Страховиком виключно шляхом переказу коштів на банківський рахунок Вигодонабувача.
- 9.5. 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, - до закінчення перевірки, слідства чи судового розслідування або усунення інших причин, які перешкоджають виплаті, але не більше ніж на строк 6 (шість) місяців. У разі відстрочення прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати Страховик повідомляє Вигодонабувача у письмовій формі причини такої затримки.
- 9.6. 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.
- 9.7. 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.
- 9.8. Страхова виплата здійснюється одноразово в межах встановленої страхової суми, визначеної для кожного окремого ризику, якщо інше не передбачено договором страхування. Страхова виплата підлягає виплаті у випадку визнання страхового ризику страховим випадком.  
Будь-яка виплата за договором страхування може бути виплачена однією грошовою сумою або, за письмовою заявою особи, яка має право на отримання виплати, у наступних формах:  
9.8.1. Довічний ануїтет;  
9.8.2. Ануїтет на строк.
- 9.9. Якщо страховий випадок настав впродовж дії пільгового періоду, Страховик залишає за собою право зменшити таку страхову виплату на суму недоотриманої страхової премії.  
9.9.1. Якщо сталася смерть Застрахованої особи/Страхувальника, та за договором страхування існує переплата, то суму переплати Страховик повертає Вигодонабувачам Застрахованої особи
- 9.10. Страхова виплата здійснюється спадкоємцям Застрахованої особи за законом у випадку смерті Застрахованої особи, коли договором страхування не було встановлено Вигодонабувача, а також:  
9.10.1. якщо Застрахована особа дожив до закінчення договору страхування, але не отримав страхової виплати;  
9.10.2. якщо Застрахована особа та Вигодонабувач померли, не отримавши страхової виплати;  
9.10.3. якщо Вигодонабувач помер раніше Застрахованої особи, а нового Вигодонабувача не було призначено;  
9.10.4. якщо Страхувальник визначив Вигодонабувачами спадкоємців Застрахованої особи без уточнення їх імен та родинного зв'язку із Застрахованою особою.
- 9.11. У випадку, коли Вигодонабувач на день здійснення страхової виплати не досяг повноліття, страхова виплата може здійснюватися його законному представнику.

- 9.12. Якщо договором страхування встановлено декілька Вигодонабувачів, страхова виплата здійснюється у пропорціях, визначених договором страхування, або рівними частками, якщо договором страхування не було передбачено таких пропорцій.
- 9.13. З метою встановлення обставин страхового випадку Страховик має право звертатися до органів внутрішніх справ, медичних закладів, інших підприємств чи організацій.
- 9.14. Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати у випадку виявлення:
- 9.14.1. навмисних дій Страхувальника або Вигодонабувача, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або Вигодонабувача встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 9.14.2. вчинення Страхувальником – фізичною особою або Вигодонабувачем-фізичною особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
- 9.14.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку;
- 9.14.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником або іншою уповноваженою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 9.14.5. у інших випадках, визначених законом, Правилами чи договором страхування.
- 9.15. 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.
- 9.16. 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.

## **10. ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ У ФОРМІ АНУЇТЕТУ**

- 10.1. Договором страхування може бути встановлено здійснення страхової виплати у формі ануїтету.
- 10.2. Застрахована особа може обрати один з поданих нижче варіантів ануїтету:
- 10.2.1. Довічний ануїтет. Сплачується за умови дожиття Застрахованої особи до дати наступної, відповідно до умов договору страхування, виплати ануїтету;

- 10.2.2. Ануїтет на строк. Сплачується за умови дожиття Застрахованої особи до дати наступної, відповідно до умов договору страхування, виплати ануїтету, але не пізніше дати закінчення фіксованого періоду виплати.
- 10.3. Розмір періодичної виплати розраховується на підставі віку та статі Застрахованої особи, а також відповідно до обраного варіанту сплати ануїтету згідно з таблицями тарифів Страховика та умов договору страхування.
- 10.4. Ануїтет сплачується щомісячно (щоквартально, два рази на рік або щорічно). Перша виплата проводиться через місяць (квартал, півроку або рік) після дати початку ануїтету, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

## **11. ІНДЕКСАЦІЯ СТРАХОВОЇ СУМИ ТА СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ**

- 11.1. Індексация може застосовуватися тільки для договорів страхування, у яких грошові зобов'язання Страховика встановлено у національній валюті України.
- 11.2. Індекс інфляції визначається Страховиком до 31 жовтня кожного року, враховуючи офіційний рівень інфляції, встановлений органом державної влади, уповноваженим здійснювати статистичні розрахунки.
- 11.3. Згідно з визначеним Страховиком рівнем інфляції страхова сума та страхова премія за договором страхування можуть бути проіндексовані відповідно.
- 11.4. 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.
- 11.5. Індексация здійснюється у порядку, встановленому Методикою розрахунків тарифів із страхування життя, яка є невід'ємною частиною цих Правил.
- 11.6. Якщо основною програмою страхування передбачено повернення страхових внесків у разі смерті Застрахованої особи до закінчення дії договору страхування, а додаткові програми страхування відсутні, то індексация буде застосовуватись лише до внесків. Положення, які стосуються індексації страхової суми на випадок смерті, в такому випадку не підлягають застосуванню.

## **12. ВИКУПНА СУМА**

- 12.1. Викупна сума підлягає виплаті у випадку:
- 12.1.1. дострокового припинення дії договору страхування, крім випадків, коли Застрахована особа приймає на себе обов'язки Страхувальника за договором страхування;
- 12.1.2. невиконання Страхувальником своїх зобов'язань за договором страхування.
- 12.2. Способи виплати викупної суми:
- 12.2.1. 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, яка є невід'ємною частиною цих Правил;
- 12.2.2. 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, яка є невід'ємною частиною цих Правил.
- 12.3. Для отримання викупної суми Страховику надаються:
- 12.3.1. оригінальний примірник договору страхування та заява про припинення дії договору страхування із певної дати;

- 12.3.2. документи, що підтверджують особу Страхувальника (іншої особи, призначеної для отримання викупної суми), ідентифікаційний номер, або реєстраційні документи – для юридичної особи.
- 12.4. Викупна сума підлягає виплаті впродовж 60 робочих днів з моменту отримання для розгляду всіх документів, які вимагаються для подання відповідно до статті 12.3. Правил.
- 12.5. 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.

### **13. ПЕРЕВЕДЕННЯ ДОГОВОРУ У СТАТУС ДОСТРОКОВО СПЛАЧЕНОГО**

- 13.1. 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.
- 13.2. Розрахунок зменшеної страхової суми здійснюється, виходячи із розміру викупної суми та заборгованості Страхувальника на момент здійснення відповідного розрахунку.
- 13.3. Страхова виплата за договорами страхування із зменшеною страховою сумою виплачується за загальним порядком, встановленим Правилами.
- 13.4. Набрання договором страхування статусу достроково сплаченого припиняє дію усіх додаткових програм страхування.
- 13.4.1. 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 (редукувати) 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
- 13.5. Переведення договору страхування у статус достроково сплаченого не дозволяється у випадках, коли зменшена страхова сума менша за мінімальний розмір страхової суми, який встановлюється Страховиком.
- 13.6. 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:
- 13.6.1. Подання Страхувальником письмової заяви на поновлення надання страхових послуг у повному обсязі;
- 13.6.2. Задоволення вимог Страховика щодо можливості страхування, у тому числі надання медичної інформації щодо стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи на момент поновлення дії договору згідно встановленого Страховиком зразка. Страховик протягом 30 робочих днів з дати отримання 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.

13.6.3. 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;

13.6.4. У разі неможливості виконання п. 13.6.3 розділу 13 Страховик приймає рішення про можливість поновлення дії договору на підставі повторної оцінки ризиків.

- 13.7. 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 13.6.3. розділу 13.
- 13.8. Сплата Страхувальником будь-яких сум грошових коштів Страховику після переведення договору страхування у статус достроково сплаченого в разі невиконання будь-якої з умов підпунктів 13.6.1., 13.6.2., 13.6.3. п. 13.6 не призводить до виникнення у Страховика будь-якої відповідальності, за винятком відповідальності з їх повернення за письмовим зверненням платника.

#### **14. КРЕДИТ ПІД ЗАСТАВУ ВИКУПНОЇ СУМИ**

- 14.1. Страхувальник за згоди Страховика має право отримати кредит під заставу викупної суми, в розмірі не більше 75% розміру викупної суми, розрахованої на момент отримання кредиту.
- 14.2. Кредитний договір оформлюється на підставі заяви Страхувальника у письмовій формі зі зазначенням умов і порядку надання та повернення кредиту та відсотків за ним.
- 14.3. Після підписання кредитний договір є невід'ємною частиною договору страхування.
- 14.4. Кредитний договір не може закінчуватися пізніше дати закінчення страхування.
- 14.5. Якщо розмір заборгованості Страхувальника за кредитним договором перевищує розмір передбаченої договором страхування викупної суми, Страховик припиняє дію договору страхування.
- 14.6. У випадку неповернення кредиту на момент страхового випадку, розмір заборгованості за кредитним договором вираховується із відповідної страхової виплати чи викупної суми.
- 14.7. У випадку непогашення кредиту Страховик залишає за собою право змінити умови договору страхування та зменшити страхову суму, про що Страхувальник повідомляється письмово.

#### **15. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

- 15.1. Страхувальник має право:
  - 15.1.1. перевіряти дотримання Страховиком умов договору страхування;
  - 15.1.2. отримати дублікат договору страхування та/або будь-якого документу, що є невід'ємною частиною договору страхування, у випадку втрати його оригіналу;
  - 15.1.3. 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;

- 15.1.4. отримувати будь-які пояснення Страховика щодо договору страхування;
- 15.1.5. отримувати від Страховика інформацію про його фінансові показники, які не є конфіденційними і публікуються у офіційних друкованих виданнях;
- 15.1.6. припинити дію договору страхування до настання страхового випадку та отримати накопичену викупну суму;
- 15.1.7. перевести договір страхування у статус достроково сплаченого, припинивши сплату страхової премії за умови, що за договором страхування накопичено необхідну викупну суму;
- 15.1.8. отримати страхову виплату після настання страхового випадку згідно з умовами Правил;
- 15.1.9. користуватись іншими правами, передбаченими договором страхування, Правилами та законодавством України.
- 15.1.10. відмовитись від укладання 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. Повернення Страхувальнику страхової премії проводиться за вирахуванням адміністративних витрат у розмірі 2% від платежу, але не менш, ніж 100 грн.
- 15.1.11. до або протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати отримання 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 14-тиденного строку. Наслідком відмови від укладення договору страхування у такий спосіб є анулювання Страховиком випущеного страхового полісу та повернення Страхувальнику страхової премії за вирахуванням адміністративних витрат в розмірі 15% від платежу, але не менш, ніж 300 грн (в тому числі витрати на проходження медичного огляду Застрахованою особою). 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.
- 15.1.12. має право 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. Адміністративні витрати сплачує Страхувальник. Перший примірник дублікату безкоштовно. Всі наступні примірники в розмірі 50 грн.
- 15.1.13. має право 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. Адміністративні витрати складають 1% від суми, яка підлягає поверненню, та сплачується Страхувальником.

15.2. Страхувальник зобов'язаний:

- 15.2.1. сплачувати страхову премію в розмірі та в строки, встановлені договором страхування;
- 15.2.2. повідомляти Страховика при укладенні договору страхування достовірну інформацію про всі відомі йому обставини, що мають суттєве значення для оцінки

страхового ризику, та надалі інформувати Страховика про будь-які зміни страхового ризику;

15.2.3. письмово повідомити Страховика про настання страхового випадку, впродовж тридцяти календарних днів із дня, коли Страхувальнику стало про це відомо. Цей обов'язок поширюється також на Вигодонабувача та Застрахованої особи у випадку їх звернення за виплатою;

15.2.4. 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;

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

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

15.3. Страховик має право:

15.3.1. перевіряти інформацію, яку подає Страхувальник, Застрахована особа, Вигодонабувач, а також виконання ними умов договору страхування;

15.3.2. за необхідністю направляти запити в органи державної влади та інші установи і організації, що володіють інформацією, пов'язаною із настанням страхового випадку;

15.3.3. відмовити в укладенні договору страхування у випадках, визначених законодавством України чи Правилами;

15.3.4. відмовити в здійсненні страхової виплати у випадках, визначених Правилами, договором страхування і законом;

15.3.5. відстрочити здійснення страхової виплати у випадках, визначених пунктом 9.5 Правил;

15.3.6. вимагати визнання договору страхування недійсним відповідно до законодавства України;

15.3.7. користуватись іншими правами, передбаченими Правилами, договором страхування і законодавством України.

15.4. Страховик зобов'язаний:

15.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

15.4.2. протягом двох робочих днів, як тільки йому стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

15.4.3. 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;

15.4.4. повідомити у письмовій формі рішення про відмову чи відстрочку в здійсненні страхової виплати із обґрунтуванням причин такого рішення;

15.4.5. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, а також відомостей про Застраховану особу, Вигодонабувача, окрім передачі даних під час перестрахування, а також у випадках, передбачених законом;

15.4.6. виконувати інші положення Правил та договору страхування.

15.4.7. 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 анuitету за договором страхування життя за

фінансовими результатами діяльності Страховика за рік (участь у прибутку Страховика)

15.5. Договором страхування можуть бути передбачені інші права і обов'язки сторін.

## **16. ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

16.1. За загальним правилом дія договору страхування припиняється із закінченням основної програми страхування.

16.2. Дію договору страхування може бути припинено за взаємною згодою сторін, а також у випадках:

16.2.1. закінчення строку, на який було укладено договір страхування;

16.2.2. виконання Страховиком обов'язків за договором страхування у повному обсязі;

16.2.3. якщо страховий ризик відбувся, проте його обставини не становили страхового випадку;

16.2.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених законом (зокрема за винятком випадків, коли Застрахована особа або третя особа бере на себе обов'язки Страхувальника);

16.2.5. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки – при цьому договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;

16.2.6. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

16.2.7. прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

16.2.8. в інших випадках, передбачених законодавством України.

16.3. Сторона, яка ініціює дострокове припинення договору страхування, повинна письмово повідомити про це іншу сторону не менше ніж за 30 днів до планованої дати припинення дії договору страхування, крім випадків, до яких застосовуються положення розділу 17 Правил.

16.4. Дію договору страхування може бути достроково припинено Страховиком у випадку, коли Страхувальник не дотримується своїх обов'язків за договором страхування та/або відмови Страхувальника від внесення змін до договору страхування у випадку непогашення зобов'язань за умовами кредитного договору.

16.5. У випадку дострокового припинення дії договору страхування будь-якою із сторін, дія договору страхування припиняється з обумовленої дати.

16.6. У випадку смерті Страхувальника чи ліквідації Страхувальника-юридичної особи дія договору страхування припиняється на дату відповідної смерті чи ліквідації.

## **17. ОБСТАВИНИ НЕПЕРЕБОРНОЇ СИЛИ**

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

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

17.2.1. настали після дати початку страхування;

17.2.2. не відносяться до винятків із страхових випадків та обмежень страхування згідно з Правилами;

17.2.3. 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.

- 17.3. 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.
- 17.4. 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).
- 17.5. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення про настання обставин непереборної сили не дає в подальшому права стороні, на яку подіяли ці обставини, посылатись на них як на підставу для звільнення від відповідальності.

## **18. ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

- 18.1. Всі спори, що виникають із договору страхування, підлягають вирішенню шляхом переговорів.
- 18.2. 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.
- 18.3. Якщо комісією не досягнуто згоди щодо вирішення спірних питань, вони вирішуються у судовому порядку згідно з законодавством України.
- 18.4. Для вирішення спірних питань застосовується законодавство України.

## **19. ПОДАТКИ ТА ЗБОРИ**

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.

## **20. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

Якщо це передбачено Договором страхування, Сторони залишають за собою право на не повне (часткове) виконання своїх обов'язків за Договором страхування, укладеним на підставі цих Правил, якщо це сталося поза контролем та волею сторін, внаслідок дії обставин, включаючи, без обмеження, страйки, катастрофи, війну, вторгнення, повстання, громадські безпорядки, бунт, пожежу, бурю, вибухи, виверження вулканів, за умови, що такі події впливають на можливість належного виконання відповідних зобов'язань на період, що дорівнює тривалості дії таких обставин.

## **ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ**

### **21. ОСНОВНА ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ №1. СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ НА СТРОК.**

- 21.1. Страховим випадком за цією програмою є: смерть Застрахованої особи незалежно від причини.
- 21.2. За цією основною страховою програмою не приймаються на страхування особи із категорій, визначених у статті 4.1. Правил.
- 21.3. Не вважаються страховими випадками події, настання яких викликано обставинами, встановленими положеннями статей 4.3.-4.5. Правил.
- 21.4. Період очікування за цією програмою становить 6 місяців з дати початку дії договору страхування життя (окрім страхових випадків, що були спричинені нещасним випадком).
- 21.5. На страхування приймаються особи віком до 97 років, чий вік на момент завершення дії договору страхування становитиме не більше 100 років.
- 21.6. Для отримання страхової виплати за цією основною програмою страхування Вигодонабувач повинен подати Страховику:
  - 21.6.1. Оригінальний примірник договору страхування;
  - 21.6.2. Заяву на страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;
  - 21.6.3. Оригінальний примірник свідоцтва про смерть Застрахованої особи або його нотаріальну посвідчену копію;
  - 21.6.4. Оригінальний примірник лікарського свідоцтва про смерть, фельдшерської довідки про смерть, рішення суду про встановлення факту смерті чи оголошення особи померлою або копію відповідного документа, посвідчену органом, що його видав;
  - 21.6.5. Інші документи, необхідні для встановлення обставин настання страхового випадку (довідки органів внутрішніх справ, рішення суду);
  - 21.6.6. Документи, які встановлюють особу Вигодонабувача, його ідентифікаційний номер, реєстраційні документи – для Вигодонабувача – юридичної особи.

**23. ОСНОВНА ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ №3.  
ЗМІШАНЕ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ З РІЗНИМИ РІВНЯМИ СТРАХОВОЇ СУМИ.**

- 23.1. Страховими випадками за цією основною програмою страхування є: дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії договору страхування; смерть Застрахованої особи незалежно від причини.
- 23.2. На страхування приймаються особи до 97 років, чий вік на момент завершення дії договору страхування становитиме не більше 100 років;
- 23.3. За цією основною програмою страхування не приймаються на страхування особи із категорій, визначених у статті 4.1. Правил.
- 23.4. Період очікування за цією програмою становить 6 місяців з дати початку дії договору страхування життя (окрім страхових випадків, що були спричинені нещасним випадком).
- 23.5. Не вважаються страховими випадками події, настання яких спричинено обставинами, встановленими положеннями статей 4.3.- 4.5. Правил.
- 23.6. Під час укладення договору страхування розмір страхової суми за ризиком смерті незалежно від причини може бути встановлено у розмірі від 3% розміру страхової суми за ризиком дожиття до закінчення строку дії договору страхування.
- 23.7. Для отримання страхової виплати за ризиком смерті Вигодонабувач повинен подати Страховику:
- 23.7.1. Оригінальний примірник договору страхування;
  - 23.7.2. Заяву на страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;
  - 23.7.3. Оригінальний примірник свідоцтва про смерть Застрахованої особи або його нотаріальну посвідчену копію;
  - 23.7.4. Оригінальний примірник лікарського свідоцтва про смерть, фельдшерської довідки про смерть, рішення суду про встановлення факту смерті чи оголошення особи померлою або копію відповідного документа, посвідчену органом, що його видав;
  - 23.7.5. Інші документи, необхідні для встановлення обставин настання страхового випадку (довідки органів внутрішніх справ, рішення суду);
  - 23.7.6. Документи, які встановлюють особу Вигодонабувача, його ідентифікаційний номер, реєстраційні документи – для Вигодонабувача – юридичної особи.
- 23.8. Для отримання страхової виплати у випадку дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії договору страхування, Застрахована особа/Вигодонабувач повинен надати Страховику:
- 23.8.1. Докази дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії договору страхування (особисто з'явитися в офісі Страховика або надати уповноваженому представнику Страховика можливість засвідчити факт дожиття);
  - 23.8.2. Документи, що встановлюють особу Застрахованої особи, і, у випадку необхідності, Вигодонабувача;
  - 23.8.3. Оригінальний примірник договору страхування;
  - 23.8.4. Заяву на страхову виплату за формою, встановленою Страховиком.

**27. ОСНОВНА ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ №7.  
ДОЖИТТЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ДО ДАТИ, ВИЗНАЧЕНОЇ ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ.**

- 27.1. Страховими випадками за цією основною програмою страхування є:  
дожиття Застрахованої особи до обумовлених договором страхування дат.  
смерть Застрахованої особи незалежно від причини.
- 27.2. На страхування приймаються особи до 97 років, чий вік на момент завершення дії договору страхування становитиме не більше 100 років;
- 27.3. За цією основною програмою страхування можуть прийматися на страхування особи із категорій, визначених у статті 4.1. Правил.
- 27.4. Період очікування за цією програмою становить 6 місяців з дати початку дії договору страхування життя (окрім страхових випадків, що були спричинені нещасним випадком).
- 27.5. Не вважаються страховими випадками події, настання яких спричинено обставинами, встановленими положеннями статей 4.3.- 4.5. Правил.
- 27.6. Під час укладення договору страхування визначається періодичність та розмір збільшення страхової суми за ризиком смерті Застрахованої особи незалежно від причини.
- 27.7. Страхові виплати за ризиком дожиття Застрахованої особи до обумовлених договором дат здійснюються одноразово або у формі анuitету (Розділ 10 Правил).
- 27.8. Для отримання страхової виплати за ризиком смерті Вигодонабувач повинен подати Страховику:
- 27.8.1. Оригінальний примірник договору страхування;
  - 27.8.2. Заяву на страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;
  - 27.8.3. Оригінальний примірник свідоцтва про смерть Застрахованої особи або його нотаріальну посвідчену копію;
  - 27.8.4. Оригінальний примірник лікарського свідоцтва про смерть, фельдшерської довідки про смерть, рішення суду про встановлення факту смерті чи оголошення особи померлою або копію відповідного документа, посвідчену органом, що його видав;
  - 27.8.5. Інші документи, необхідні для встановлення обставин настання страхового випадку (довідки органів внутрішніх справ, рішення суду);
  - 27.8.6. Документи, які встановлюють особу Вигодонабувача, його ідентифікаційний номер, реєстраційні документи – для Вигодонабувача – юридичної особи.
- 27.9. Для отримання страхової виплати за ризиком дожиття Вигодонабувач (Застрахована особа) повинен надати Страховику:
- 27.9.1. Докази дожиття Застрахованої особи до обумовлених договором страхування дат (особисто з'явитися в офісі Страховика або надати уповноваженому представнику Страховика можливість засвідчити факт дожиття);
  - 27.9.2. Документи, що встановлюють особу Застрахованої особи, і, у випадку необхідності, Вигодонабувача;
  - 27.9.3. Оригінальний примірник договору страхування;
  - 27.9.4. Заяву на страхову виплату за формою, встановленою Страховиком.

## **28. ОСНОВНА ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ №8.**

### **СМЕРТЬ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ЗІ СТРАХОВОЮ СУМОЮ ЩО ЗРОСТАЄ.**

- 28.1. Страховими випадками за цією основною програмою страхування є: смерть Застрахованої особи незалежно від причини.
- 28.2. На страхування приймаються особи до 97 років, чий вік на момент завершення дії договору страхування становитиме не більше 100 років;
- 28.3. За цією основною програмою страхування можуть прийматися на страхування особи із категорій, визначених у статті 4.1. Правил.
- 28.4. Період очікування за цією програмою становить 6 місяців з дати початку дії договору страхування життя (окрім страхових випадків, що були спричинені нещасним випадком).
- 28.5. Не вважаються страховими випадками події, настання яких спричинено обставинами, встановленими положеннями статей 4.3.- 4.5. Правил.
- 28.6 Під час укладення договору страхування визначається періодичність та розмір збільшення страхової суми за ризиком смерті Застрахованої особи незалежно від причини.
- 28.7. Для отримання страхової виплати за ризиком смерті Вигодонабувач повинен подати Страховику:
  - 28.7.1. Оригінальний примірник договору страхування;
  - 28.7.2. Заяву на страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;
  - 28.7.3. Оригінальний примірник свідоцтва про смерть Застрахованої особи або його нотаріальну посвідчену копію;
  - 28.7.4. Оригінальний примірник лікарського свідоцтва про смерть, фельдшерської довідки про смерть, рішення суду про встановлення факту смерті чи оголошення особи померлою або копію відповідного документа, посвідчену органом, що його видав;
  - 28.7.5. Інші документи, необхідні для встановлення обставин настання страхового випадку (довідки органів внутрішніх справ, рішення суду);
  - 28.7.6. Документи, які встановлюють особу Вигодонабувача, його ідентифікаційний номер, реєстраційні документи – для Вигодонабувача – юридичної особи.

## **29. ДОДАТКОВА ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ № 1.**

### **ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ.**

- 29.1. Страховими випадками за цією додатковою програмою страхування є: перша група інвалідності Застрахованої особи незалежно від причини, котрий є Страхувальником за договором страхування.
- 29.2. На страхування приймаються особи від 20 до 59 років, чий вік на закінчення строку дії цієї додаткової програми страхування не перевищуватиме 60 років.
- 29.3. У випадку встановлення першої групи інвалідності Застрахованої особи, основна та додаткова програми страхування продовжують діяти без сплати відповідної страхової премії, при цьому Страхова виплата не здійснюється. Звільнення від сплати страхової премії діє не довше ніж до річниці договору страхування, наступної за досягненням Застрахованою особою 65 років.
- 29.4. Звільнення від сплати страхової премії діє до закінчення статусу інваліда першої групи.
- 29.5. Звільнення від сплати страхової премії розпочинається із дати наступного, за датою встановлення інвалідності першої групи, належного платежу. Звільнення від сплати не застосовується, якщо повідомлення про настання страхового випадку отримано після закінчення пільгового періоду.

- 29.6. Страховик залишає за собою право вимагати додаткового обстеження Застрахованої особи у визначеному Страховиком медичному закладі для підтвердження факту встановлення першої групи інвалідності Застрахованої особи. Відмова Застрахованої особи від цього обстеження призводить до негайного припинення договору страхування.
- 29.7. На підставі результатів додаткового обстеження Страховик приймає остаточне рішення про звільнення від сплати страхової премії.
- 29.8. Застрахована особа повинен надавати Страховику документи щодо підтвердження безперервності інвалідності першої групи. Якщо інвалідність першої групи безперервно триває впродовж двох років, Страховик має право вимагати такі документи не частіше одного разу на рік. Якщо Застрахована особа не надає таких документів - з того моменту поновлюється сплата страхової премії.
- 29.9. Страхова виплата за договором страхування не зменшується у випадку звільнення від сплати страхової премії згідно з цією додатковою програмою страхування.
- 29.10. Якщо страховий випадок настав впродовж встановленого основною програмою страхування пільгового періоду, то будь-яка страхова виплата за договором страхування підлягає зменшенню на відповідну суму недоотриманої страхової премії
- 29.11. До цієї додаткової програми страхування застосовуються винятки та обмеження, встановлені розділом 4 Правил.
- 29.12. Період очікування за цією програмою становить 6 місяців з дати початку дії договору страхування життя (окрім страхових випадків, що були спричинені нещасним випадком).
- 29.13. Письмова заява про страховий випадок за цією додатковою програмою страхування має бути подана Страховику та отримана ним:
  - 29.13.1. За життя Застрахованої особи;
  - 29.13.2. В період інвалідності.
- 29.14. Дія цієї додаткової програми страхування припиняється:
  - 29.14.1. О 24 годині дня закінчення терміну дії цієї додаткової програми страхування;
  - 29.14.2. Якщо страхову премію не було сплачено вчасно або впродовж обумовленого договором страхування пільгового та періоду очікування;
  - 29.14.3. У випадку припинення дії договору страхування.
  - 29.14.4. На чергову страхову річницю після досягнення Застрахованої особи 60-річного віку.

**30. ДОДАТКОВА ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ № 2.  
ЗАХИСТ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ.**

- 30.1. Страховими випадками за цією додатковою програмою страхування є: смерть або перша група інвалідності Застрахованої особи незалежно від причини. Для цілей цієї додаткової програми страхування Застрахована особа є Страхувальником за договором страхування (основною програмою страхування).
- 30.2. Ця додаткова програма страхування пропонується лише заявленим Страхувальникам, якщо договір страхування укладається щодо третьої особи.
- 30.3. На страхування приймаються особи від 20 до 59 років, чий вік на закінчення строку дії цієї додаткової програми страхування не перевищуватиме 60 років.
- 30.4. Період очікування за цією програмою становить 6 місяців з дати початку дії договору страхування життя (окрім страхових випадків, що були спричинені нещасним випадком).
- 30.5. У випадку смерті чи встановлення першої групи інвалідності Застрахованої особи незалежно від причини, основна та додаткові програми страхування продовжують свою дію без сплати страхової премії (Страхова виплата не здійснюється) та припиняються подією, яка настає першою:
  - 30.5.1. Річниця договору страхування після досягнення Застрахованої особи за основною програмою страхування 21-річного віку;
  - 30.5.2. Річниця договору страхування після досягнення Застрахованої особи 60-річного віку.
- 30.6. Захист страхової премії розпочинається з дати чергової належної сплати страхової премії, наступної за датою смерті або встановлення інвалідності Застрахованої особи незалежно від причини. Звільнення від сплати не застосовується, якщо Страховиком отримано письмове повідомлення про страховий випадок після закінчення пільгового періоду або впродовж відновлювального періоду. Під Захистом страхової премії у даній програмі розуміється продовження дії Договору страхування без сплати Страхувальником Страхових премій.
- 30.7. Захист страхової премії діє до зняття статусу інваліда першої групи Застрахованої особи.
- 30.8. Страховик залишає за собою право вимагати додаткового обстеження Застрахованої особи у визначеному Страховиком медичному закладі для підтвердження факту інвалідності першої групи Застрахованої особи. Відмова Застрахованій особі від цього обстеження призводить до негайного припинення договору страхування.
- 30.9. На підставі результатів додаткового обстеження Страховик приймає остаточне рішення про звільнення від сплати страхової премії.
- 30.10. Страхова виплата за договором страхування не зменшується у випадку звільнення від сплати страхової премії згідно з цією додатковою програмою страхування.
- 30.11. Якщо страховий випадок настав впродовж встановленого основною програмою страхування пільгового періоду, то будь-яка страхова виплата за договором страхування підлягає зменшенню на відповідну суму недоотриманої страхової премії..
- 30.12. До цієї додаткової програми страхування застосовуються виключення та обмеження, встановлені розділом 4 Правил.
- 30.13. Письмова заява про страховий випадок за цією додатковою програмою страхування має бути подана Страховику та отримана ним:
  - 30.13.1. За життя Застрахованої особи (крім страхового випадку за ризиком смерті);
  - 30.13.2. В період інвалідності;

- 30.13.3. Після смерті Застрахованої особи (крім страхового випадку за ризиком інвалідності першої групи Застрахованої особи незалежно від причини).
- 30.14. Застрахована особа повинен надавати Страховику документи для підтвердження безперервності інвалідності першої групи. Якщо інвалідність першої групи безперервно триває впродовж двох років, Страховик має право вимагати такі документи не частіше одного разу на рік. Якщо Застрахована особа не надає таких документів, з того моменту поновлюється сплата страхової премії..
- 30.15. Ця додаткова програма страхування припиняє свою дію:
- 30.15.1. О 24 годині дня закінчення терміну дії цієї додаткової програми страхування;
- 30.15.2. Якщо страхову премію не було сплачено вчасно або впродовж обумовленого договором страхування пільгового або періоду очікування;
- 30.15.3. У випадку припинення дії договору страхування;
- 30.15.4. На чергову страхову річницю після досягнення Страхувальником 60 річного віку.

**31. ДОДАТКОВА ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ № 3.  
СМЕРТЬ ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ.**

- 31.1. Страховим випадком за цією додатковою програмою страхування є: смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.
- 31.2. На страхування приймаються особи, чий вік на момент закінчення строку дії цієї додаткової програми страхування не перевищуватиме 70 років.
- 31.3. До цієї додаткової програми страхування застосовуються виключення та обмеження, встановлені розділом 4 Правил.
- 31.4. Для отримання страхової виплати Страховику надаються:
  - 31.4.1. Оригінальний примірник договору страхування;
  - 31.4.2. Заява на страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;
  - 31.4.3. Документи, що встановлюють особу Вигодонабувача та його ідентифікаційний номер, реєстраційні документи – для Вигодонабувача – юридичної особи;
  - 31.4.4. Оригінальний примірник свідоцтва про смерть Застрахованої особи або його нотаріально посвідчена копія;
  - 31.4.5. Оригінальний примірник лікарського свідоцтва про смерть, фельдшерської довідки про смерть, рішення суду про встановлення факту смерті чи оголошення особи померлою або копію відповідного документа, посвідчену органом, що його видав;
  - 31.4.6. Інші документи, необхідні для визнання події страховим випадком (довідки органів внутрішніх справ, рішення суду, акт про нещасний випадок тощо), які вимагає Страховик.

**32. ДОДАТКОВА ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ № 4.  
ІНВАЛІДНІСТЬ ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ.**

- 32.1. Страховим випадком за цією додатковою програмою страхування є: інвалідність Застрахованої особи першої, другої, третьої групи, встановлення категорії дитина-інвалід внаслідок нещасного випадку.
- 32.2. На страхування приймаються особи, вік яких на момент закінчення дії цієї додаткової програми страхування не перевищуватиме 70 років.
- 32.3. До цієї додаткової програми страхування застосовуються виключення та обмеження, встановлені розділом 4 Правил.
- 32.4. Не приймаються на страхування за цією додатковою програмою страхування інваліди першої, другої, третьою групи або діти з встановленою категорією дитина-інвалід.
- 32.5. 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 – 100%, III група – 100% страхової суми (Варіант А);
  - б) I група – 100%, II група – 75%, III група – 50% страхової суми (Варіант Б);
  - в) I група – 100%, II група – 50%, III група – 25% страхової суми (Варіант В);
  - г) I група – 100%, II група – 100%, III група – 0% страхової суми (Варіант Г);
  - д) I група – 100%, II група – 80%, III група – 0% страхової суми (Варіант Д);
  - е) I група – 100%, II група – 50%, III група – 25% страхової суми (Варіант Е);
  - ж) I група – 100%, II група – 50%, III група – 0% страхової суми (Варіант Ж);
  - з) I група – 100%, II група – 0%, III група – 0% страхової суми (Варіант З).
- 32.6. Після настання страхового випадку страхова виплата здійснюється як відсоток страхової суми, який встановлено договором страхування.
- 32.6.1 Будь-яка ненульова страхова виплата за цією додатковою програмою страхування припиняє її дію.
- 32.7. Для отримання страхової виплати у випадку встановлення інвалідності першої/другої/третьої групи або категорії дитина-інвалід Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку Страховику повинні бути надані:
- 32.7.1. Копія договору страхування;
  - 32.7.2. Заява на Страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;
  - 32.7.3. Довідка органу МСЕК про встановлення першої/другої/третьої групи інвалідності або категорії дитина-інвалід або її нотаріально посвідчену копію, чи копію довідки, завірену відповідним органом (МСЕК);
  - 32.7.4. Документи, що встановлюють особу Вигодонабувача та його ідентифікаційний номер, реєстраційні документи – для Вигодонабувача – юридичної особи.

**33. ДОДАТКОВА ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ №5.  
ТІЛЕСНІ УШКОДЖЕННЯ ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ.**

- 33.1. Страховим випадком за цією додатковою програмою страхування є:  
тілесні ушкодження Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.
- 33.2. На страхування приймаються особи, вік яких на дату закінчення дії цієї додаткової програми страхування не перевищуватиме 75 років;
- 33.3. За даною програмою страхування можливе страхування за наступними списками:  
1). Таблиця тілесних ушкоджень №1 (Розділ 42 даних Правил).  
2). Таблиця тілесних ушкоджень №2 (Розділ 43 даних Правил).  
3). За домовленістю сторін.
- 33.4. Виплата здійснюється відповідно списку таблиці тілесних ушкоджень за редакцією Правил чинної на дату укладання договору страхування або таблицею, визначеною за домовленістю сторін згідно п.33.3.
- 33.5. Загальна сума страхових виплат протягом страхового року не може перевищувати 100% страхової суми за цією додатковою програмою страхування.  
На наступний страховий рік страхова сума поновлюється.
- 33.6. У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть ушкодження, перелічені в одній статті, страхова виплата здійснюється за тим з підпунктів 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.
- 33.7. У випадку, коли сталося декілька травм, зазначених в одному підпункті цієї Таблиці, страхова виплата здійснюється у розмірі вказаного у цьому підпункті відсотка від страхової суми, без підсумування.
- 33.8. До цієї додаткової програми страхування застосовуються виключення та обмеження, встановлені розділом 4 цих Правил.
- 33.9. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату, розмір якої обчислюється як відсоток страхової суми, встановленої для цієї додаткової програми страхування, згідно з відповідними Таблицями, які є невід'ємними частинами Правил.
- 33.10. У випадку коли сума усіх виплат за цією додатковою програмою страхування досягає страхової суми, дія цієї додаткової програми страхування припиняється.
- 33.11. Страхова сума встановлюється договором страхування і не може бути збільшена після першої страхової виплати за цією додатковою програмою страхування.
- 33.12. Для отримання страхової виплати в разі зазнання Застрахованої особи тілесних ушкоджень внаслідок нещасного випадку Страховику надаються:  
33.12.1. Копія договору страхування;  
33.12.2. Заяву на страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;  
33.12.3. Листок непрацездатності або довідка закладу охорони здоров'я, чи відповідні копії, посвідчені закладом, котрий їх видав, або у інший спосіб, встановлений законодавством України, яка підтверджує факт тілесних ушкоджень;  
33.12.4. Документи, які встановлюють особу Вигодонабувача, та його ідентифікаційний номер, реєстраційні документи – для Вигодонабувача – юридичної особи.
- 33.13. Страховик залишає за собою право вимагати додаткового обстеження Застрахованої особи у визначеному Страховиком медичному закладі для підтвердження факту тілесних ушкоджень Застрахованої особи.

**35. ДОДАТКОВА ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ № 7.  
ІНВАЛІДНІСТЬ НЕЗАЛЕЖНО ВІД ПРИЧИНИ.**

- 35.1. Страховими випадками за цією додатковою програмою страхування, залежно від вибору Страхувальника при укладенні договору страхування, є:
- а) перша та друга група інвалідності Застрахованої особи незалежно від причини (обов'язок Страховика вважається виконаним із виплатою за тим страховим випадком (першою або другою групою інвалідності), який відбувся першим) (Варіант А);
  - б) інвалідність першої групи Застрахованої особи незалежно від причини (Варіант Б);
  - в) інвалідність другої групи Застрахованої особи незалежно від причини (Варіант В).
- 35.2. На страхування приймаються особи, які досягли 18 років, вік яких на дату закінчення дії цієї додаткової програми страхування не перевищуватиме 65 років.
- 35.3. До цієї додаткової програми страхування застосовуються виключення та обмеження, встановлені розділом 4 цих Правил.
- 35.4. Не приймаються на страхування за цією додатковою програмою страхування інваліди першої, другої групи.
- 35.5. Період очікування за цією програмою становить 6 місяців з дати початку дії договору страхування життя (окрім страхових випадків, що були спричинені нещасним випадком).
- 35.6. Для отримання страхової виплати у випадку встановлення першої чи другої групи інвалідності Страховику надаються:
- 35.6.1. Копія договору страхування;
  - 35.6.2. Заява на страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;
  - 35.6.3. Довідка органу МСЕК про встановлення першої або другої групи інвалідності або її нотаріально посвідчена копія, чи копія довідки, завірена відповідним органом (МСЕК);
  - 35.6.4. Документи, що встановлюють особу Вигодонабувача та його ідентифікаційний номер, реєстраційні документи – для Вигодонабувача – юридичної особи.
- 35.7. Страховик має право вимагати інші документи, які необхідні для визнання події страховим випадком.
- 35.8. В разі настання страхового випадку за межами України додатково до вищевказаних документів вигодонабувач (або спадкоємець) повинен надати переклад на українську мову документів, підтверджуючих факт та обставини настання страхового випадку. Переклад має бути засвідчений нотаріально або печаткою та підписом уповноваженого представника юридичної особи, в якій працюють перекладачі, що мають відповідну кваліфікацію, підтвержену документально.

**36. ДОДАТКОВА ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ № 8.  
СМЕРТЬ ВНАСЛІДОК ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНОЇ ПРИГОДИ.**

- 36.1. Страховим випадком за цією додатковою програмою страхування є: смерть Застрахованої особи внаслідок дорожньо-транспортної пригоди.
- 36.2. За цією додатковою програмою страхування дорожньо-транспортною пригодою вважається дорожньо-транспортна аварія, що виникла в процесі дорожнього руху за участі хоча б одного транспортного засобу з об'ємом двигуна не менше 50 см<sup>3</sup> та призвела до загибелі Застрахованої особи.
- 36.3. На страхування приймаються особи, вік яких на дату закінчення дії цієї додаткової програми страхування не перевищуватиме 70 років.
- 36.4. До цієї додаткової програми страхування застосовуються виключення та обмеження, встановлені розділом 4 цих Правил.
- 36.5. Для здійснення страхової виплати Страховику надаються:
  - 36.5.1. Оригінальний примірник договору страхування;
  - 36.5.2. Заява на страхову виплату, за формою, встановленою Страховиком;
  - 36.5.3. Документи, які встановлюють особу Вигодонабувача, та його ідентифікаційний номер, реєстраційні документи – для Вигодонабувачів-юридичних осіб;
  - 36.5.4. Оригінальний примірник свідоцтва про смерть, або його нотаріально посвідчена копія;
  - 36.5.5. Оригінальний примірник лікарського свідоцтва про смерть, фельдшерської довідки про смерть, рішення суду про встановлення факту смерті чи оголошення особи померлою або копію відповідного документа, посвідчену органом, що його видав;
  - 36.5.6. Інші документи, необхідні для визнання події страховим випадком (довідки органів внутрішніх справ, рішення суду, акт про нещасний випадок тощо), які вимагає Страховик.

**40. ДОДАТКОВА ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ № 12.  
СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК КРИТИЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ**

- 40.1 Страховими випадками за цією додатковою програмою страхування є: захворювання Застрахованої особи критичною хворобою.  
(обов'язок Страховика вважається виконаним із виплатою по одному випадку настання критичного захворювання із переліку критичних захворювань передбачених договором)
- 40.2. На страхування за списками критичних захворювань Варіант А-В приймаються особи, які досягли 18 років, вік яких на день завершення дії цієї додаткової програми страхування не перевищуватиме 65 років.
- 40.3 За домовленістю сторін можуть прийматися особи від 1 до 17 років.
- 40.4. До цієї додаткової програми страхування застосовуються виключення та обмеження, встановлені розділом 4 цих Правил;
- 40.5. Період очікування за цією програмою становить 6 місяців з дати початку дії програми, якщо інше не передбачено договором.
- 40.6 Страхова виплата сплачується відповідно до варіанту страхування, обраного при укладенні договору страхування:  
а) 100% страхової суми, встановленої договором страхування по даному ризику (Варіант А);  
б) авансова виплата частини страхової суми за ризиком смерті, встановленої договором страхування (Варіант Б).
- 40.7. Виплата страхової суми у разі настання страхового випадку згідно цієї програми здійснюється за умови, якщо відповідний діагноз документально підтверджений належним чином і Застрахована особа прожив не менше 30 діб після його встановлення (вичікувальний період), якщо інше не передбачено умовами договору страхування.
- 40.8. Якщо Застрахована особа помирає протягом шести місяців з дати діагностування критичного захворювання, то Страхова Сума за основною програмою страхування зменшується на розмір страхової виплати, яка була здійснена за фактом настання критичного захворювання у Застрахованої особи.
- 40.9. За даною програмою страхування можливе страхування за наступними списками критичних захворювань:  
1). Варіант А (сім захворювань): Злоякісне онкологічне захворювання, Інфаркт міокарда, Інсульт, Ішемічна Хвороба Серця, що вимагає проведення аортокоронарного шунтування, Ниркова недостатність, Трансплантація життєво важливих органів, Параліч.  
2). Варіант Б (одинадцять захворювань): Злоякісне онкологічне захворювання, Інфаркт міокарда, Інсульт, Ішемічна Хвороба Серця, що вимагає проведення аортокоронарного шунтування, Ниркова недостатність, Трансплантація життєво важливих органів, Параліч, Хірургічне втручання на клапанах серця, Розсіяний склероз, Сліпота (втрата зору), Масивні опіки.  
3). Варіант В: (двадцять захворювань): Злоякісне онкологічне захворювання, Інфаркт міокарда, Інсульт, Ішемічна Хвороба Серця, що вимагає проведення аортокоронарного шунтування, Ниркова недостатність, Трансплантація життєво важливих органів, Параліч, Хірургічне втручання на клапанах серця, Розсіяний склероз, Сліпота (втрата зору), Масивні опіки, Хірургічне лікування захворювання аорти, Бактеріальний менінгіт, Кома, Енцефаліт, Втрата слуху, Втрата мови, Хвороба моторних нейронів/Захворювання рухових нейронів, Хвороба Паркінсона, Поліомієліт.  
4). Варіант Г: за домовленістю сторін.
- 40.10. Згідно цієї програми критичними захворюваннями вважаються такі, що в повному обсязі відповідають наступним визначенням:

40.10.1. **Злоякісне онкологічне захворювання (Рак)** - захворювання, що проявляється у розвитку однієї чи більше пухлин, які гістологічно кваліфікуються як злоякісні, та характеризуються безконтрольним зростанням та метастазуванням злоякісних клітин та інвазій у нормальну тканину. Діагноз повинен бути підтверджений гістологічно.

Наступна патологія виключається з покриття:

1. Хвороба Ходжкіна (усі стадії за класифікацією Енн-Арбор).
2. Неходжкінська лімфома стадії I (за класифікацією Енн-Арбор).
3. Лейкемія, крім хронічної лімфоцитарної лейкемії, за відсутності генералізованої дисемінації лейкемічних клітин в кровотворній кістковому мозку.
4. Пухлини, які виявляють злоякісні зміни карциноми *in situ* (включаючи дисплазію шийки матки CIN-1, CIN-2 і CIN-3), або гістологічно описані як передракові захворювання.
5. Всі раки шкіри, за винятком тих випадків, коли є докази метастазів, або коли пухлина є злоякісною меланою з максимальною товщиною більше 1,5 мм, підтвердженої за допомогою гістологічного дослідження з використанням методу Бреслоу.
6. Не загрожуючи життю раки, такі як раки передміхурової залози, які гістологічно описані як T1 (а) або T1 (б) за класифікацією TNM або мають еквівалентну чи меншу стадію за іншою класифікацією.
7. Папілярна мікрокарцинома щитовидної залози.
8. Неінвазивний папілярний рак сечового міхура, гістологічно описаний як такий, що має стадію TaN0M0 або менше.
9. Хронічна лімфоцитарна лейкемія на стадії, менш стадії I за класифікацією Rai або стадії AI по Бінету.

40.10.2. **Інфаркт міокарда** – омертвіння ділянки міокарда в результаті нестачі кровопостачання. Діагноз повинен бути встановлений спеціалістом при наявності всіх нижченаведених ознак:

1. Присутність в анамнезі типових болів у грудній клітині;
2. Діагностично значуще збільшення специфічних серцевих маркерів, типових для інфаркту міокарда.
3. Нові зміни на ЕКГ, що характерні для інфаркту міокарда;
4. Підтверджене зниження функції лівого шлуночка, наприклад – зниження фракції викиду лівого шлуночка або значна гіпокінезія, акінезія або аномалії руху стінки, зумовлені інфарктом міокарда.

40.10.3. **Інсульт** – це інсульт, викликаний цереброваскулярними порушеннями. Інсульт повинен привести до неврологічних порушень, що викликає стійку і необоротну нездатність Застрахованої особи.

- пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або
- самостійно приймати приготувану і подану йому їжу, або
- спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення без допоміжних коштів, або
- неврологічне порушення, викликане інсультом, повинно привести до стійкого і необоротного зниження функції, як мінімум, однієї повної кінцівки, де кінцівку визначається як руку, включаючи кисть, або ногу, включаючи стопу, це зниження повинно бути підтверджено неврологічно.

Оцінка станів, перерахованих вище, може бути проведена не раніше ніж через 3 місяці після інсульту. Повинні бути явні докази, отримані з допомогою КТ, МРТ або подібною підходящою методикою візуалізації, того, що мав місце інсульт, або інфаркт тканини мозку, або внутрішньочерепний або субарахноїдальний крововилив.

**40.10.4. Ішемічна Хвороба Серця, що вимагає проведення аортокоронарного шунтування** – фактично перенесене аорто-коронарне шунтування за допомогою торакотомії з метою корекції або лікування захворювання коронарної артерії. Ангіопластика та інші не-хірургічні методи лікування, включаючи лазеротерапію не є Страховим випадком.

Рішення про страхову виплату не може бути прийнято до проведення операції.

**40.10.5. Ниркова недостатність** - термінальна стадія ниркової недостатності, що є хронічним необоротним порушення функції обох нирок, в результаті якого був початий регулярний гемодіаліз або проведена трансплантація нирки.

Ниркова недостатність у стадії компенсації та/або ниркова недостатність за відсутністю необхідності в постійному гемодіалізі або трансплантації нирки не є Страховим випадком.

Рішення про страхову виплату не може бути прийнято до проведення діалізу або до трансплантації нирки.

**40.10.6. Трансплантація життєво важливих** - означає пересадку органу від людини до людини, тобто пересадку від донора Застрахованій особі одного або декількох з наступних органів: нирки, печінки, серця, легенів, підшлункової залози, або трансплантацію кісткового мозку. Трансплантація будь-яких інших органів, частин органів, тканин або клітин не покривається договором страхування.

Рішення про страхову виплату не може бути прийнято до проведення трансплантації.

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

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

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

**40.10.10. Розсіяний склероз** - однозначний діагноз розсіяного склерозу, який представляє собою захворювання, при якому в білій речовині центральної нервової системи утворюються плями демієлінізації, іноді поширюються і на сіру речовину. Страхова подія буде визнана страховим випадком тільки за умови, що розсіяний склероз викликав неврологічні порушення, які призвели:

- до повної і незворотної нездатності Застрахованої особи пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, та/або
- до повної і незворотної нездатності застрахованої особи самостійно приймати приготовану і подану йому їжу, та/або
- до центральної скотомі, яка неврологічно підтверджена.

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

**40.10.12. Апластична анемія** – остаточний діагноз «Недостатність кісткового мозку», підтверджений фахівцем, а також результатами біопсії кісткового мозку. Наслідком даного захворювання має бути анемія, тромбоцитопенія і нейтропенія, а

також необхідність лікування за допомогою, принаймні, одного з нижче перелічених методів:

1. Переливання крові;
2. Стимулятори кісткового мозку;
3. Іммуносупресивні препарати;
4. Пересадка кісткового мозку.

**40.10.13. Термінальна стадія захворювань легень** – стійке хронічне ураження дихальної функції, що спричиняє хронічну дихальну недостатність, та відповідає всім наступним критеріям:

- стійке зниження об'єму форсованого видиху на першій секунді (ОФВ1, FEV1) до значення меншого, ніж 1 літр (проба Тиффно);
- постійна підтримуюча оксигенотерапія для корекції гіпоксії;
- рівень парціального тиску кисню артеріальної крові 55 мм ртутного стовпчика або менше (PaO<sub>2</sub> ≤ 55 мм рт.ст.);
- наявність задишки у стані спокою.

Діагноз повинен бути підтверджений висновком лікаря-пульмонолога.

**40.10.14. Термінальна стадія печінкової недостатності** – ураження печінки важкого ступеню, що призводить до цирозу. Діагноз повинний бути підтверджений спеціалістом, а ураження повинне відповідати ступеню В або С за класифікацією Чайлд-Пью відповідно до наступних критеріїв:

- постійна жовтяниця (показник білірубіну >2 мг/дл або > 35мкмоль/л);
- асцит середнього ступеню важкості;
- значення альбуміну <3,5 г/дл;
- печінкова енцефалопатія.

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

**40.10.15. Кома** - стан з втратою свідомості без реакції на зовнішні стимули або внутрішні потреби, що зберігається безперервно протягом не менш ніж 96 годин і вимагає використання систем життєзабезпечення. Кома повинна привести до неврологічних порушень:

- викликати стійку і необоротну нездатність Застрахованої особи:
  - ✓ пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або
  - ✓ самостійно приймати приготувану і подану йому їжу, або
  - ✓ спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення, або
- привести до оцінки за шкалою MMSE (коротка шкала для оцінки психічного стану), менше 16.

Страхова подія буде визнана Страховим випадком, якщо кома тривала протягом 2 місяців.

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

**40.10.17. Втрата мови** - повна і незворотня втрата мови в результаті захворювання або травми. Повинна бути підтверджена втрата здатності говорити протягом безперервного періоду, що дорівнює 12 місяцям.

Страхова подія не буде визнана Страховим випадком, якщо, згідно з медичним висновком, який-небудь апарат, прилад, процедура або імплантат може привести до часткового або повного відновлення мови.

**40.10.18. Масивні опіки** - пошкодження тканин, викликане термічними, хімічними або електричними факторами, що призвели до опіків третього ступеня або всієї

товщини шкіри, як мінімум, на 20% площі поверхні тіла, за результатами вимірювання згідно з «правилом дев'яток» або таблиці площі поверхні тіла Лунда і Браудера.

**40.10.19. Боковий аміотрофічний склероз** – неврологічний розлад, що супроводжується стійкими ознаками розвитку ураження спинномозкових нервів і рухових ядер довгастого мозку, що призводять до спастичної слабкості та атрофії м'язів кінцівок, тулуба, голови, гортані, дихальних шляхів. Захворювання має бути підтверджено фахівцем, а також результатами електроміографії і електронейрографії, типовими для даного захворювання.

Крім того, захворювання повинно мати наслідком постійну нездатність самостійно виконувати три і більш елементарних побутових дії (п. 40.11).

Результатом даного захворювання може також бути стан повної присутності до ліжка і нездатність піднятися з ліжка самостійно без сторонньої допомоги. Описані вище умови повинні бути підтверджені медичними документами, щонайменше, протягом 3 місяців.

**40.10.20. Хвороба Альцгеймера/тяжка деменція (у віці до 65 років)** – погіршення або втрата розумових здібностей, або незворотні органічні розлади, що призводять до істотного зниження розумових і соціальних здібностей та потребують постійного догляду за Застрахованою особою. Захворювання повинне мати наслідком постійну нездатність самостійно виконувати три або більше елементарні побутові дії (п. 40.11).

Остаточний діагноз повинний бути клінічно встановлений відповідним спеціалістом та підтверджений результатами клінічних досліджень та достовірних візуальних методів діагностики (комп'ютерна, магнітно-резонансна або позитронна емісійна томографія головного мозку), що є типовими для даного захворювання, а також медичним висновком протягом якнайменш 3 (трьох) місяців.

Виключення з покриття:

- неорганічні хвороби, такі як невроз та психіатричні хвороби;
- пошкодження головного мозку, пов'язані із вживанням алкоголю або наркотичних речовин.

**40.10.21. Фульмінантний (миттєвий вірусний) гепатит (гостра печінкова недостатність)** – субмасивний або масивний некроз печінки, викликаний вірусом гепатиту, що призводить до стрімкого розвитку печінкової недостатності. Діагноз має бути підтверджений висновком спеціаліста та супроводжуватися наступними ознаками:

- стрімке зменшення розміру печінки;
- некроз із залученням цілих часток, що залишає тільки ретикулярну строму, що спалася;
- стрімке погіршення функціональних тестів печінки;
- прогресуюча жовтяниця;
- печінкова енцефалопатія.

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

**40.10.23. Доброякісна пухлина головного мозку** – стійкий неврологічний розлад, що розвився внаслідок видалення доброякісної пухлини мозку під загальною анестезією або при неоперабельній пухлині, яка є загрозою для життя; заподіяла ушкодження головного мозку; призвела до постійного неврологічного дефіциту.

Наявність пухлини має бути засвідчена висновком лікаря-невролога або нейрохірурга, а також, підтверджена результатами магнітно-резонансної томографії

(МРТ), комп'ютерної томографії (КТ) або іншими достовірними візуальними методами діагностики протягом якнайменше 3 (трьох) місяців.

Виключення з покриття: кісти; гранульоми; судинні мальформації; гематоми; пухлини гіпофізу або спинного мозку.

40.10.24. **Енцефаліт** - це запалення мозку (півкуль головного мозку, стовбура мозку або мозочку). Захворювання має призвести до значних ускладнень, які тривають не менше 6 місяців, які включають в себе стійкі неврологічні порушення. Стійкі неврологічні порушення можуть включати в себе слабоумство, емоційну лабільність, сліпоту, глухоту, порушення мови, геміплегію або параліч. Неврологічне порушення повинно:

- викликати стійку і необоротну нездатність Застрахованої особи:
  - ✓ пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або
  - ✓ самостійно приймати приготовану і подану йому їжу, або
  - ✓ спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення, або
- привести до оцінки за шкалою MMSE (коротка шкала для оцінки психічного стану), менше 16.

40.10.25. **Захворювання рухових нейронів** - характеризується прогресуючою дегенерацією клітин кортикоспінальних трактів передніх рогів спинного мозку або бульбарних еферентних нейронів. Захворювання моторних нейронів включає в себе спинальну м'язову атрофію, прогресуючий бульварний параліч, бічний аміотрофічний склероз і первинний бічний склероз. Страхова подія буде визнана Страховим випадком, якщо захворювання рухових нейронів викликало неврологічні порушення, які призвели до стійкої і незворотної нездатності Застрахованої особи:

- ✓ пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або
- ✓ самостійно приймати приготовану і подану йому їжу.

40.10.26. **Бактеріальний менінгіт** - це запалення оболонок, що покривають головний або спинний мозок, викликане бактеріями. Хвороба повинна призводити до неврологічних порушень:

- викликати стійку і необоротну нездатність Застрахованої особи:
- пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або
- самостійно приймати приготовану і подану йому їжу, або
- спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення, або
  - привести до оцінки за шкалою MMSE (коротка шкала для оцінки психічного стану), менше 16.

40.10.27. **Тяжка травма голови** – травма голови внаслідок нещасного випадку, що супроводжується порушенням функції мозку та призводить до постійного неврологічного дефіциту, який триває не менше, ніж 6 (шість) тижнів від дати нещасного випадку. Діагноз має бути засвідчений висновком лікаря-невролога і підтверджений однозначними результатами магнітно-резонансної томографії, або комп'ютерної томографії, або іншими достовірними візуальними методами діагностики. Нещасний випадок повинен бути спричинений виключно та безпосередньо випадковими, насильницькими, зовнішніми і очевидними засобами та бути незалежним від всіх інших причин.

Описані вище умови повинні бути підтверджені медичними документами, щонайменше, протягом 3 (трьох) місяців. Крім того, захворювання має виявлятися в постійній неможливості самостійно виконувати три або більше елементарних побутових дії

(п. 40.11). Результатом даного захворювання може також бути стан повної прикутості до ліжка і нездатність піднятися з ліжка самостійно без сторонньої допомоги. Описані вище умови повинні бути підтверджені медичними документами, щонайменше, протягом 3 (трьох) місяців.

Виключення з покриття: травма спинного мозку; ушкодження голови внаслідок будь-яких інших причин.

40.10.28. **ВІЛ-інфекція внаслідок переливання крові** – інфікування Вірусом Імунодефіциту Людини (ВІЛ) або діагноз: «Синдром Надбаного Імунодефіциту» (СНІД) внаслідок переливання крові за умов наявності всіх нижче перерахованих обставин:

1. Зараження є прямим наслідком переливання крові, яке проводилося за медичними показаннями після того, як договір страхування вступив в дію.
2. Заклад, в якому було проведено переливання крові, визнає свою відповідальність за фактом зараження Застрахованої особи.
3. Застраховану особу не визнано хворим на гемофілію.

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

40.10.30. **Хвороба Паркінсона** - є повільно прогресуючим дегенеративним захворюванням центральної нервової системи з дегенерацією нейронів в області мозку, що викликає зниження рівнів допаміну в різних частинах мозку. Ця хвороба повинна бути однозначно діагностована, і повинні бути виконані наступні умови:

- Хворобу неможливо контролювати за допомогою лікарських препаратів.
- Хвороба має ознаки прогресуючих порушень.
- Хвороба повинна викликати неврологічні порушення, що призводять до:
  - ✓ Стійкого і незворотного порушення ходи, яке характерно для хвороби Паркінсона, і яке може бути неврологічно підтверджено, або
  - ✓ Оцінці за шкалою MMSE, яка менше 16.

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

40.11. Виконання елементарних побутових дій передбачає, що Застрахована особа здатна самостійно виконувати щоденні елементарні побутові дії:

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

40.12. Для отримання страхової виплати страховику надаються:

- 40.12.1. Копія договору страхування;
  - 40.12.2. Заява на страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;
  - 40.12.3. Документи, що встановлюють особу Вигодонабувача та його ідентифікаційний номер, реєстраційні документи – для Вигодонабувача – юридичної особи;
  - 40.12.4. Довідка з банку про відкриття або наявність банківського рахунку одержувача виплати (для отримання страхової виплати) із зазначенням призначення платежу;
  - 40.12.5. Виписний епікриз з історії хвороби із зазначенням остаточного діагнозу Застрахованої особи, завірений підписом відповідальної особи та скріплений печатками лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я (оригінальний примірник);
- 40.13 Страховик має право вимагати інші документи, які необхідні для визнання події страховим випадком.
- 40.14 У разі настання страхового випадку за межами України додатково до вищевказаних документів Вигодонабувач (або спадкоємець) повинен надати переклад на українську мову документів, підтверджуючих факт та обставини настання страхового випадку. Переклад має бути засвідчений нотаріально або печаткою та підписом уповноваженого представника юридичної особи, в якій працюють перекладачі, що мають відповідну кваліфікацію, підтвержену документально.

42. Таблиця тілесних ушкоджень №1

№	Види тілесних ушкоджень	% страхової суми
<b>ЦЕНТРАЛЬНА І ПЕРИФЕРИЧНА НЕРВОВА СИСТЕМА</b>		
<b>1.</b>	<b>Перелом кісток черепа:</b>	
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
<b>2.</b>	<b>Внутрішньочерепний травматичний крововилив:</b>	
2.1	Субарахноїдальний	10
2.2	епідуральна гематома	20
2.3	субдуральна гематома	25
<b>3.</b>	<b>Ушкодження головного мозку:</b>	
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	розтрощення речовини головного мозку	50
<b>4.</b>	<b>Травматичне ушкодження нервової системи, що спричинило:</b>	
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
<b>5.</b>	<b>Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, а також кінського хвоста:</b>	
5.1	забій	10
5.2	частковий розрив	50
5.3	повний розрив	80
<b>6.</b>	<b>Ушкодження периферичних черепно-мозкових нервів</b> (Не застосовується, якщо виплата була здійснена за розділом 1)	10
<b>7.</b>	<b>Кліщовий енцефаліт, який потребує стаціонарного лікування тривалістю від 10 днів</b>	10
<b>8.</b>	<b>Ушкодження (розрив, поранення) шийного, плечового, поперекового, крижового нервових сплетінь та їх нервів:</b> <b>Сплетінь:</b>	
8.1	частковий розрив сплетіння	40
8.2	повний розрив сплетіння	70
<i>Примітки: невралгії, невротатії, що виникли у зв'язку з травмою не дають підстав для отримання страхової виплати.</i>		
	<b>Розрив нервів:</b>	
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.	<b>Параліч акомодатії одного ока</b>	<b>15</b>
10.	<b>Геміанопсія (втрата половини поля зору одного ока), ушкодження м'язів очного яблука (травматична косоокість, птоз, диплопія)</b>	<b>15</b>
11.	<b>Звуження поля зору одного ока:</b>	
11.1	концентричне (більше 15%)	5
11.2	неконцентричне (більше 15%)	10
12.	<b>Пульсуючий екзофтальм одного ока</b>	<b>10</b>
13.	<b>Проникаюче поранення очного яблука, дефект райдужної оболонки</b>	<b>10</b>
14.	<b>Безвідновне порушення функції сльозопровідних шляхів одного ока</b>	<b>10</b>
15.	<b>Опіки II-III ступеня, зміщення кришталика, немагнітні чужорідні тіла в очному яблуку чи орбіті, рубці оболонки очного яблука, які не спричинили погіршення зору.</b> (Поверхневі чужорідні тіла на оболонках ока не дають підстави для виплати).	<b>5</b>
16.	<b>Ушкодження ока, що призвело до повної втрати зору одного ока.</b> 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.	<b>40</b>
17.	<b>Ушкодження єдиного ока або обох очей, що спричинило повну втрату зору, що мали зір не нижче 0,01.</b>	<b>80</b>
18.	<b>Перелом орбіти</b>	<b>10</b>
19.	Зниження гостроти зору (дивись Таблицю страхових виплат при зниженні гостроти зору).	
	<p><u>Примітки:</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
ОРГАНИ СЛУХУ		
20.	<b>Ушкодження вушної раковини, що спричинило:</b>	
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.	<b>Ушкодження вуха, що спричинило втрату слуху:</b>	
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.	<b>Розрив барабанної перетинки, що сталася в результаті травми без зміни рівня слуху</b> Розрив барабанної перетинки при переломах основи черепа не дає підстави для	<b>2</b>

	виплати за цією статтею.	
<b>ДИХАЛЬНА СИСТЕМА</b>		
<b>23.</b>	<b>Перелом кісток носу, передньої стінки гайморової пазухи, решітчастої кістки:</b>	
23.1	без зміщення	5
23.2	зі зміщенням	10
<b>24.</b>	<b>Пошкодження (крім забою) легені, гемоторакс, пневмоторакс:</b>	
24.1	з однієї сторони (односторонній)	5
24.2	з двох сторін (двосторонній)	10
<b>25.</b>	<b>Проникаюче поранення грудної клітини з ушкодженням органів грудної порожнини (крім легені)</b>	<b>15</b>
<b>26.</b>	<b>Пошкодження легені, що спричинило:</b>	
26.1	легеневу недостатність (після трьох місяців з дня травми)	10
26.2	видалення частки легені, долі легені	40
26.3	видалення легені <i>Якщо обумовлені виплати пунктами 26.2, 26.3, пункт 26.1 не застосовується.</i>	60
<b>27.</b>	<b>Перелом грудини</b>	<b>10</b>
<b>28.</b>	<b>Переломи ребер:</b>	
28.1	трьох ребер	3
28.2	кожного наступного ребра <i>(Перелом хрящової частини ребра є підставою для виплати за розділом 28)</i>	2
<b>29.</b>	<b>Ушкодження гортані, трахеї, щитовидного хрящу, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, що не призвели до порушення функцій.</b>	<b>5</b>
<i>Примітка: якщо у зв'язку з травмою проводилась бронхоскопія, трахеостомія (чи трахеотомія), додатково виплачується 5% страхової суми.</i>		
<b>30.</b>	<b>Ушкодження гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитовидного хрящу, трахеостомія, проведена у зв'язку з травмою, що призвели до:</b>	
30.1	стійкої осиплості або втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше трьох місяців після травми;	<b>10</b>
30.2	втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше шести місяців після травми.	<b>20</b>
<i>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 функцій 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.</i>		
<b>СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА</b>		
<b>31.</b>	<b>Ушкодження серця, його оболонки та великих магістральних судин, що не призвели до серцево-судинної недостатності.</b>	<b>5</b>
<b>32.</b>	<b>Ушкодження серця, його оболонки та великих магістральних судин, що призвели до серцево-судинної недостатності:</b>	
32.1	I ступеня;	10
32.2	II- III ступеня.	25
<i>Примітки:</i>		
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.		
<b>33.</b>	<b>Ушкодження великих периферійних судин, що не призвели до порушення кровообігу, на рівні:</b>	
33.1	плеча, стегна;	10
33.2	передпліччя, гомілки.	5
<b>34.</b>	<b>Ушкодження великих периферійних судин, що призвели до судинної</b>	<b>15</b>

<b>недостатності.</b>		
<i>Примітки:</i>		
1. До великих периферійних судин слід відносити: підключичні, підпахові, плечові, ліктьові та променеві артерії, плечоголовні, підключичні, підпахові, 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 руслу, додатково виплачується 10% страхової суми.		
<b>ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ</b>		
<b>35.</b>	<b>Переломи верхньої або нижньої щелеп:</b>	
35.1	односторонній	5
35.2	двосторонній, перелом двох та більше кісток	10
35.3	перелом виличної кістки	5
<b>36.</b>	<b>Ушкодження щелепи, що спричинило відсутність щелепи</b>	<b>40</b>
<b>37.</b>	<b>Ушкодження язика (опік, поранення, відмороження), що спричинило утворення рубців, з порушенням функції ковтання та мови</b>	<b>3</b>
<b>38.</b>	<b>Ушкодження язика, що спричинило:</b>	
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
<b>39.</b>	<b>Ушкодження зубів, що призвели до:</b>	
39.1	Перелому зуба (коронки, шийки, кореня)	1
<i>Примітка:</i> Якщо перелом частини зуба спричинив його видалення протягом перших 3-х діб після травми - виплата проводиться по втраті зуба і дана стаття не застосовується.		
39.2	<b>Втрати:</b>	
39.2.1	одного зуба;	5
39.2.2	2-3 зубів;	10
39.2.3	4-6 зубів;	15
39.2.4	7-9 зубів;	20
39.2.5	10 і більше зубів.	25
<b>40.</b>	<b>Ушкодження (розрив, опік, поранення) ротової порожнини, гортані, стравоходу, шлунку</b> <i>Якщо в подальшому здійснюється виплати за розділами 41, 42, виплати, за розділом 40, повинні бути утримані із суми виплати.</i>	<b>5</b>
<b>41.</b>	<b>Ушкодження (розрив, опік, поранення) стравоходу, що спричинило:</b>	
41.1	звуження стравоходу	40
41.2	<i>непрохідність стравоходу (за наявності гастростомии)</i> <i>Виплати за розділом 41 здійснюється не раніше, ніж через 4 місяці після травми за умови підтвердження діагнозу.</i> <i>Раніше цього терміну виплати здійснюються попередньо за розділом 40.</i>	80
<b>42.</b>	<b>Ушкодження (розрив, опік, поранення) органів травлення, що спричинило:</b>	
42.1	спайкову хворобу, рубцеве звуження шлунку, кишківника, задньопрохідного отвору	20
42.2	кишківниковий свищ, кишківниково-вагінальний свищ, свищ підшлункової залози <i>Якщо після травми виникли ускладнення, передбачені пунктами 42.1 – 42.2, виплати здійснюються не раніше, ніж через 3 місяці з дня травми за умови підтвердження діагнозу.</i>	40

<b>43.</b>	<b>Грижа, що виникла на місці передньої черевної стінки, діафрагми</b>	<b>5</b>
<b>44.</b>	<b>Ушкодження печінки внаслідок травми, що спричинило:</b>	
44.1	підкапсульний розрив печінки, що не потребував оперативного втручання	5
44.2	печінкову недостатність	10
<b>45.</b>	<b>Ушкодження печінки, жовчного міхура внаслідок травми, що спричинило:</b>	
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
<b>46.</b>	<b>Ушкодження селезінки, що спричинило:</b>	
46.1	підкапсульний розрив селезінки, що не потребував оперативного втручання	5
46.2	видалення селезінки	30
<b>47.</b>	<b>Ушкодження шлунку, підшлункової залози, кишківника, брижі, що спричинило:</b>	
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
<b>48.</b>	<b>Ушкодження органів черевної порожнини, що призвело до лапоротомії (в тому числі з лапороскопією, лапароцентезом) <i>Якщо передбачається виплата за розділами 44-47, розділ 48 не застосовується.</i></b>	<b>5</b>
<b>СЕЧОСТАТЄВА СИСТЕМА</b>		
<b>49.</b>	<b>Ушкодження нирки, що спричинило:</b>	
49.1	розрив нирки, що спричинило хірургічне втручання	10
49.2	видалення частини нирки	20
49.3	видалення нирки	40
<b>50.</b>	<b>Ушкодження органів сечовивідної системи (нирок, сечоводів, сечового міхура, сечовивідних каналів), що спричинило:</b>	
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 <i>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.</i>	30
<b>51.</b>	<b>Ушкодження статевої системи, що спричинило у жінок:</b>	
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
<b>52.</b>	<b>Ушкодження статевої системи, що спричинило у чоловіків:</b>	
52.1	втрата одного яєчка	15
52.2	втрата двох яєчок, частини статевого члена	20
52.3	втрата статевого члена	25
<b>М'ЯКІ ТКАНИНИ</b>		
<b>53.</b>	<b>Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньобочкової поверхні шиї, підщелепної області, вушних раковин, що призвели після загоювання</b>	

	<b>до:</b>	
53.1	утворення рубців, пігментних плям довжиною (діаметром) від 1 до 3 кв. 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

Примітки:

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 косметичку в тому чи іншому ступені.

2. Якщо внаслідок ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підцеленної 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.

<b>54.</b>	<b>Ушкодження м'яких тканин волосної частини голови, тулуба, кінцівок, що призвели після загоювання до утворення рубців площею:</b>	
54.1	від 2,0 см <sup>2</sup> до 5,0 см <sup>2</sup> або довжиною 5 см і більше;	3
54.2	від 5,0 см <sup>2</sup> 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 трансплантанту для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри.

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

<b>55.</b>	<b>Опіки поверхні тіла (окрім м'яких тканин обличчя та передньо - бокової поверхні шиї):</b>			
	Площина опіку у %	Розмір страхової виплати, % від страхової суми		
		II ступінь опіку	III ступінь опіку	IV ступінь опіку
	1-2	1	2	3
	3-9	4	7	9
	10-20	10	15	20
	21-30	25	30	35
	31-40	45	50	60
	41-60	70	80	80
	61-90	80	100	100
більше 90	100	100	100	
	<b>Опіки м'яких тканин обличчя та передньо - бокової поверхні шиї:</b>			
	1-2	5	10	15
	3-4	10	15	20
	5-8	15	25	30

	9-10	20	30	40
<b>56.</b>	<b>Опікова хвороба, опіковий шок</b>			<b>10</b>
<i>Примітка: страхова виплата згідно з цією статтею здійснюється додатково до страхової виплати, що здійснюється у зв'язку з опіком.</i>				
<b>ХРЕБЕТ</b>				
<b>57.</b>	<b>Перелом тіл, дужок, суглобних відростків хребців (за винятком хрестця та куприку):</b>			
57.1	одного-двох			15
57.2	трьох та більше <i>Виплати за розділом 57 здійснюються не раніше, ніж через 1 місяць з дня травми за умови підтвердження діагнозу.</i>			25
<b>58.</b>	<b>Повний розрив міжхребцевих зв'язок (за умови лікування не менше 14 днів)</b>			<b>5</b>
<i>При рецидивах підвивиху хребця страхова сума не сплачується.</i>				
<b>59.</b>	<b>Перелом поперечних або остистих відростків:</b>			
59.1	одного-двох			5
59.2	трьох та більше <i>Якщо здійснюється виплата за розділом 57, розділ 59 не застосовується.</i>			10
<b>60.</b>	<b>Перелом хрестця</b>			<b>10</b>
<b>61.</b>	<b>Ушкодження куприка:</b>			
61.1	Підвивих, вивих куприкових хребців;			1
61.2	перелом куприкових хребців			5
61.3	видалення куприкових хребців внаслідок травми			10
<i>Примітки:</i>				
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.				
<b>ВЕРХНІ КІНЦІВКИ</b>				
<b>ЛОПАТКА, КЛЮЧИЦЯ</b>				
<b>62.</b>	<b>Перелом лопатки, ключиці, розрив акроміально-ключичного або грудинно-ключичного зчленувань:</b>			
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, перелоמו-вивих ключиці			10
<b>ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ</b>				
<b>63.</b>	<b>Ушкодження плечового суглобу (суглобної западини, головки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, зв'язок, суглобної сумки):</b>			
63.1	перелом суглобної западини лопатки, повний розрив сухожиль, капсули плечової сумки, відриви 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), перелоמו-вивих плеча.			15
<b>64.</b>	<b>Ушкодження плечового суглоба, що спричинило:</b>			
64.1	відсутність рухів у суглобі (анкілоз)			30
64.2	незафіксований плечовий суглоб внаслідок резекції суглобних поверхонь складових його кісток. <i>Виплата за розділом 64 здійснюється за станом Застрахованої особи на</i>			35

	<i>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.</i>	
<b>ПЛЕЧЕ</b>		
<b>65.</b>	<b>Перелом плечової кістки на будь-якому рівні (крім суглобу):</b>	
65.1	без зміщення	10
65.2	зі зміщенням	15
<b>66.</b>	<b>Травматична ампутація плечової кістки на будь-якому рівні або тяжке ушкодження, що спричинило її ампутацію</b>	<b>65</b>
<b>67.</b>	<b>Травматична ампутація верхньої кінцівки, включаючи лопатку, ключицю або їх частини</b>	<b>70</b>
<b>ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ</b>		
<b>68.</b>	<b>Ушкодження області ліктьового суглоба:</b>	
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
<b>69.</b>	<b>Ушкодження області ліктьового суглоба, що спричинило:</b>	
69.1	відсутність рухів у суглобі	30
69.2	незафіксований плечовий суглоб (внаслідок резекції суглобних поверхонь складових його кісток) <i>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.</i>	40
<b>ПЕРЕДПЛІЧЧЯ</b>		
<b>70.</b>	<b>Перелом кісток передпліччя:</b>	
70.1	однієї кістки	5
70.2	двох кісток	10
<b>71.</b>	<b>Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації передпліччя на будь-якому рівні</b> <i>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).</i>	<b>60</b>
<b>ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВИЙ СУГЛОБ</b>		
<b>72.</b>	<b>Ушкодження області променево-зап'ясткового суглобу:</b>	
72.1	перелом однієї кістки, відрив шиловидного відростку (відростків), відрив фрагменту(ів) кістки	5
72.2	перелом двох кісток	10
<b>73.</b>	<b>Внутрішньосуглобні переломи кісток променево-зап'ясткового суглобу, що спричинили відсутність рухів в суглобі (анкілоз)</b> <i>Виплата за розділом 73 здійснюється за станом Застрахованої особи на дату не раніше 6 місяців з дня травми.</i>	<b>20</b>
<b>КИСТЬ</b>		
<b>74.</b>	<b>Перелом кісток однієї кисті:</b>	
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	10

	<i>Виплата за пунктом 74.3 здійснюється не раніше 6 місяців з дня травми за умови підтвердження діагнозу.</i>	
<b>75.</b>	<b>Травматична ампутація або тяжке uszkodження кисті, що призвело до її ампутації на рівні п'ясткових кісток або променево-зап'ясткового суглоба</b> <i>Якщо були виявлені патологічні зміни, перелічені в розділах 73, 74, 75, загальна сума виплат не повинна перевищувати 55% на одну кисть.</i>	<b>55</b>
<b>ПАЛЬЦІ КИСТІ</b>		
<b>ПЕРШИЙ ПАЛЕЦЬ (ВЕЛИКИЙ ПАЛЕЦЬ)</b>		
<b>76.</b>	<b>Ушкодження пальця, що спричинило:</b>	
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>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>Гнійне запалення навколонигтьового валика (пароніхія) не дає основ для страхової виплати.</li> <li>Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилля, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.</li> </ol>		
<b>77.</b>	<b>Ушкодження пальця, що спричинило відсутність рухів</b> <i>Виплата за розділом 77 здійснюється не раніше 6 місяців з дня травми за умови підтвердження діагнозу.</i>	<b>2</b>
<b>78.</b>	<b>Травматична ампутація пальця або ушкодження пальця, що призвело до ампутації на рівні:</b>	
78.1	нігтьової фаланги та міжфалангового суглобу	5
78.2	основної фаланги, п'ястковофалангового суглобу (втрата пальця)	10
78.3	п'ясткової кістки	15
<b>ДРУГИЙ, ТРЕТІЙ, ЧЕТВЕРТИЙ, П'ЯТИЙ ПАЛЬЦІ</b>		
<b>79.</b>	<b>Ушкодження одного пальця, що спричинило:</b>	
79.1	Відрив нігтьової пластинки	2
79.2	Ушкодження сухожилля (сухожиль) розгиначів пальця	3
79.3	Перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожильний, суглобовий, кістковий панарицій	5
<u>Примітки:</u>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>Гнійне запалення навколонигтьового валика (пароніхія) не дає основ для страхової виплати.</li> <li>Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилля, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.</li> </ol>		
<b>80.</b>	<b>Ушкодження пальця, що спричинило відсутність рухів</b> <i>Виплата за розділом 80 здійснюється не раніше 6 місяців з дня травми за умови підтвердження діагнозу.</i>	<b>2</b>
<b>81.</b>	<b>Травматична ампутація або ушкодження пальця, що призвело до ампутації:</b>	
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 одної кисті	50
ТАЗ		
<b>82.</b>	<b>Перелом кісток тазу:</b>	
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
<b>83.</b>	<b>Розрив лонного, крижово-клубового зчленування:</b>	
83.1	одного-двох	10
83.2	двох та більше	15
НИЖНІ КІНЦІВКИ		
ТАЗОСТЕГНОВИЙ СУГЛОБ		
<b>84.</b>	<b>Ушкодження тазостегнового суглобу:</b>	
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
<b>85.</b>	<b>Ушкодження тазостегнового суглобу, що спричинило:</b>	
85.1	відсутність рухів у суглобі (анкілоз) <i>Виплати за пунктом 85.1 здійснюються не раніше 6 місяців з дати травми за умови підтвердження діагнозу</i>	20
85.2	незафіксованість суглобу (внаслідок резекції головки стегна і вертлюжної западини)	50
СТЕГНО		
<b>86.</b>	<b>Перелом стегна на будь-якому рівні (за винятком області суглобів):</b>	
86.1	без зміщення уламків	20
86.2	зі зміщенням уламків	25
<b>87.</b>	<b>Перелом стегна, ускладнений виникненням несправжнього суглобу (перелом, який не зрісся)</b>	45
<b>88.</b>	<b>Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації кінцівки на будь-якому рівні стегна:</b>	
88.1	одної кінцівки	60
88.2	єдиної кінцівки <i>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.</i>	80
КОЛІННИЙ СУГЛОБ		
<b>89.</b>	<b>Ушкодження колінного суглобу, що спричинило:</b>	
89.1	гемартроз, підтверджений пункцією суглоба	2
89.2	розрив зв'язок, відрив кісткових фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків)	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
<b>90.</b>	<b>Ушкодження колінного суглобу, що призвело до:</b>	
90.1	анкілоз колінного суглобу <i>Виплати за пунктом 90.1 здійснюються не раніше 6 місяців з дня травми за умови підтвердження діагнозу.</i>	30
90.2	незафіксованості колінного суглобу (внаслідок резекції суглобних	40

	поверхонь кісток, які його формують) <i>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.</i>	
<b>ГОМІЛКА</b>		
<b>91.</b>	<b>Перелом кісток гомілки (за винятком області суглобів):</b>	
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
<b>92.</b>	<b>Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що спричинило:</b>	
92.1	екзартикуляцію в колінному суглобі	30
92.2	ампутація гомілки на будь-якому рівні <i>Якщо виявлені паталогічні зміни, перелічені в розділах 89, 90, 91, 92, загальна сума виплат не повинна перевищувати на одну ногу 45%.</i>	45
<b>ГОМІЛКОВОСТОПНИЙ СУГЛОБ</b>		
<b>93.</b>	<b>Ушкодження області гомілковостопного суглобу:</b>	
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
<i>Примітки:</i>		
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.		
<b>94.</b>	<b>Ушкодження гомілковостопного суглобу, що призвело до:</b>	
94.1	відсутність рухів у суглобі (анкілоз) <i>Виплата за пунктом 94.1 здійснюється не раніше 6 місяців з дня травми за умови підтвердження діагнозу</i>	25
94.2	екзартикуляцію в гомілково-стопному суглобі	30
94.3	незафіксованість гомілково-стопного суглобу (внаслідок резекції суглобних поверхонь, формуючих його кісток) <i>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.</i>	35
<b>95.</b>	<b>Ушкодження Ахіллового сухожилля</b>	
95.1	при консервативному лікуванні;	2
95.2	при оперативному лікуванні.	7
<b>СТОПА</b>		
<b>96.</b>	<b>Ушкодження стопи:</b>	
96.1	Перелом, вивих однієї-двох кісток (крім п'яtkової кістки)	2
96.2	перелом трьох та більше кісток, п'яtkової кістки	10
<b>97.</b>	<b>Травматична ампутація або тяжке ушкодження стопи, що призвело до ампутації на рівні:</b>	
97.1	плеснофаланговий суглоб (відсутність всіх пальців стопи)	15
97.2	всіх плесневих кісток	20
97.3	передплесно	25
97.4	таранної, п'яtkової кісток, гомілковостопного суглоба (втрата стопи)	35

	<i>Якщо виявлені патологічні зміни, перелічені розділами 93, 94, 95, 96, 97, загальна сума виплат не повинна перевищувати 40% на одну стопу.</i>	
<b>Пальці стопи</b>		
<b>98.</b>	<b>Перелом, вивих фаланг (фаланги), ушкодження сухожилля (сухожиль) пальця (пальців) однієї стопи:</b>	
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
<b>99.</b>	<b>Травматична ампутація або ушкодження, що призвело до ампутації:</b>	
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
<b>100.</b>	<b>Ушкодження, що призвело до розвитку посттравматичного тромбофлебиту, лімфостазу, остеомієліту, порушення трофіки</b> <i>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.</i> <i>Гнійні запалення пальців стоп не дають підстав для застосування розділу 100.</i>	<b>5</b>
<b>101.</b>	<b>Травматичний шок або шок, який розвинувся внаслідок гострої втрати крові, пов'язаний з травмою (геморрагічний шок)</b>	<b>10</b>
<b>Відмороження</b>		
<b>102.</b>	<b>Загальне охолодження організму (шок):</b>	
102.1	на повітрі	5
102.2	на воді	10
<b>103.</b>	<b>Відмороження:</b>	
103.1	I ступеня	5
103.2	II ступеня	10
103.3	III ступеня	15
103.4	IV ступеня	20
<b>104.</b>	<b>Ускладнення при III- IV ступені відмороження:</b>	
	Місцевого характеру	
104.1	ранева інфекція (анаеробна, гнилісна, гнійна)	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		0,5	0,4
	0,1	30	0,3		5
	нижче 0,1	40	0,2		10
	0,0	50	0,1		10
0,9	0,8	3	нижче 0,1	15	
	0,7	5	0,0	20	
	0,6	5	0,4	0,3	5
	0,5	10		0,2	5
	0,4	10		0,1	10
	0,3	15		нижче 0,1	15
	0,2	20	0,0	20	
	0,1	30	0,3	0,2	5
	нижче 0,1	40		0,1	5
0,0	50	нижче 0,1		10	
0,8	0,7	3	0,0	20	
	0,6	5	0,2	0,1	5
	0,5	10		нижче 0,1	10
	0,4	10		0,0	20
	0,3	15	0,1	нижче 0,1	10
	0,2	20		0,0	20
	0,1	30	нижче 0,1	0,0	20
	нижче 0,1	40		0,0	20
	0,0	50	0,7	0,6	3
0,7	0,6	3		0,5	5
	0,5	5		0,4	10
	0,4	10		0,3	10
	0,3	10		0,2	15
	0,2	15		0,1	20
	0,1	20		нижче 0,1	30
	нижче 0,1	30		0,0	40
	0,0	40	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 зморщуванні виплачується 10% страхової суми.