

ЗАТВЕРДЖЕНО
рішенням Правління
ПрАТ «СК «КД Життя»
від 29 вересня 2021 року № 4

Голова Правління
ПрАТ «СК «КД Життя»

В. Коваленко

ЗМІНИ № 1
ДО ПРАВИЛ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ
ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА
"СТРАХОВА КОМПАНІЯ "КД ЖИТТЯ"
зарєєстрованих рішенням Національного банку України
від 12 серпня 2020 року № 21/1090-пк

м. Київ 2021

1. Доповнити Правила добровільного страхування життя Приватного акціонерного товариства "Страхова компанія "КД Життя" (далі - Правила) пунктом 1.37 в такій редакції:

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

2. Пункт 9.14.7 Правил викласти у такій редакції:

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

3. Доповнити Правила пунктом 9.14.8 у такій редакції:

"9.14.8. у інших випадках, визначених законом, Правилами чи договором страхування".

4. Доповнити Правила пунктами 9.17, 9.18 та 9.19 в наступній редакції:

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

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

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

5. Пункт 21.6.1, Правил викласти у такій редакції:

"21.6.1. Оригінальний примірник договору страхування, в разі якщо Вигодонабувач є Страхувальником за Договором страхування".

6. Пункт 22.7.1 викласти у такій редакції:

"22.7.1. Оригінальний примірник договору страхування, в разі якщо Вигодонабувач є Страхувальником за Договором страхування".

7. Пункт 23.7.1 викласти у такій редакції:

"23.7.1. Оригінальний примірник договору страхування, в разі якщо Вигодонабувач є Страхувальником за Договором страхування".

8. Пункт 24.11.1 викласти у такій редакції:

"24.11.1. Оригінальний примірник договору страхування, в разі якщо Вигодонабувач є Страхувальником за Договором страхування".

9. Пункт 25.8.1 викласти у такій редакції:
"25.8.1. Оригінальний примірник договору страхування, в разі якщо Вигодонабувач є Страхувальником за Договором страхування".
10. Пункт 26.8.1 викласти у такій редакції:
"24.8.1. Оригінальний примірник договору страхування, в разі якщо Вигодонабувач є Страхувальником за Договором страхування".
11. Пункт 27.8.1 викласти у такій редакції:
"27.8.1. Оригінальний примірник договору страхування, в разі якщо Вигодонабувач є Страхувальником за Договором страхування".
12. Пункт 28.7.1 викласти у такій редакції:
"28.7.1. Оригінальний примірник договору страхування, в разі якщо Вигодонабувач є Страхувальником за Договором страхування".
13. Пункт 31.4.1 викласти у такій редакції:
"31.4.1. Оригінальний примірник договору страхування, в разі якщо Вигодонабувач є Страхувальником за Договором страхування".
14. Доповнити Правила пунктом 31.5 у такій редакції:
"31.5. Страхова виплата буде здійснена за умови, що смерть Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку мала місце протягом 365 днів від дати настання Нещасного випадку, який призвів до летального наслідку".
15. Доповнити Правила пунктом 32.8 у такій редакції:
"32.8. Страхова виплата буде здійснена за умови, що інвалідність Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку мала місце протягом 365 днів від дати настання Нещасного випадку".
16. Пункт 33.12.1 викласти у такій редакції:
"33.12.1. Копія договору страхування, в разі наявності".
17. Пункт 34.1 викласти у такій редакції:
"34.1. Страховим випадком за цією додатковою програмою страхування є: госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку з метою надання медично-необхідного стаціонарного лікування. Медично-необхідне стаціонарне лікування – медичні процедури та обстеження, які, з точки зору Страховика, вважаються медично-необхідними, а саме такі, що:
- надані у відповідності до уніфікованих клінічних протоколів;
 - послідовні у частоті та тривалості, та надані медичними установами чи закладами будь-якої форми підпорядкування (державної чи приватної) які офіційно ліцензовані і акредитовані Міністерством охорони здоров'я України;
 - відповідають діагнозу та стану здоров'я Застрахованої особи;
 - вважаються безпечними, необхідними та ефективними для лікування або діагностики стану здоров'я Застрахованої особи в клінічно контрольованих умовах.
- Не вважається медично-необхідним стаціонарне перебування Застрахованої особи у медичному закладі внаслідок недостатнього догляду чи неможливості догляду на дому. Відповідно до цих Правил медично-необхідне стаціонарне лікування здійснюється медичними закладами або їх відділеннями за умови, що в них налічується достатня кількість медичного діагностичного обладнання, які діють за офіційними та загальноприйнятими медичними стандартами та ведуть історії хвороб. Стаціонарними вважається лікування, яке вимагає перебування у медичному закладі не менше 24 години на добу, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. Відповідно до цих Правил медичними

зкладами 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".

18. Доповнити Правила пунктом 34.8.1 у такій редакції:

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

19. Пункт 34.19.1 викласти у такій редакції:

"34.19.1. Копія договору страхування, в разі наявності".

20. Пункт 34.19.4 викласти у такій редакції:

"34.19.4. Медична карта стаціонарного хворого застрахованої особи (оригінал або копія, посвідчена за місцем видачі)".

21. Пункт 35.6.1 викласти у такій редакції:

"35.6.1. Копія договору страхування, в разі наявності".

22. Пункт 36.5.1 викласти у такій редакції:

"36.5.1. Оригінальний примірник договору страхування, в разі якщо Вигодонабувач є Страхувальником за Договором страхування".

23. Доповнити Правила пунктом 36.6 у такій редакції:

"36.6. Страхова виплата буде здійснена за умови, що смерть Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку мала місце протягом 365 днів від дати настання Нещасного випадку, який призвів до летального наслідку".

24. Пункт 37.5.1 викласти у такій редакції:

"37.5.1. Оригінальний примірник договору страхування, в разі якщо Вигодонабувач є Страхувальником за Договором страхування".

25. Пункт 38.5.1 викласти у такій редакції:

"38.5.1. Оригінальний примірник договору страхування, в разі якщо Вигодонабувач є Страхувальником за Договором страхування".

26. Пункт 39.5.1 викласти у такій редакції:

"39.5.1. Оригінальний примірник договору страхування, в разі якщо Вигодонабувач є Страхувальником за Договором страхування".

27. Пункт 40.12.1 викласти у такій редакції:

"40.12.1. Копія договору страхування, в разі наявності".

28. Пункт 41.10.1 викласти у такій редакції:

"41.10.1. Копія договору страхування, в разі наявності".

29. Доповнити Правила "Додатковою програмою страхування № 14. Сирітство", виклавши її в такій редакції:

"Додаткова програма страхування № 14. Сирітство.

1. Страховим випадком за цією додатковою програмою страхування є: смерть фізичної особи внаслідок нещасного випадку, яка є Страхувальником за договором страхування.

Вигодонабувачем за цим ризиком є Застрахована особа за договором страхування.

2. На страхування приймаються особи, чий вік на момент закінчення строку дії цієї додаткової програми страхування не перевищуватиме 70 років.

3. До цієї додаткової програми страхування застосовуються виключення та обмеження, встановлені розділом 4 Правил.

4. Для отримання страхової виплати Страховику надаються:

4.1. Оригінальний примірник договору страхування, в разі наявності;

4.2. Заява на страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;

4.3. Документи, що встановлюють особу Вигодонабувача та його ідентифікаційний номер, реєстраційні документи – для Вигодонабувача – юридичної особи;

4.4. Оригінальний примірник свідоцтва про смерть або його нотаріально посвідчена копія;

4.5. Копія 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;

4.6. Інші документи, необхідні для визнання події страховим випадком (довідки органів внутрішніх справ, рішення суду, акт про нещасний випадок тощо), які вимагає Страховик.

5. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової суми, визначеної у Договорі страхування як Страхова сума на випадок смерті Страхувальника внаслідок Нещасного випадку Вигодонабувачу, якщо Страхувальник помер до дати, яка визначена в Договорі страхування як дата закінчення дії цієї Програми внаслідок Нещасного випадку, що мав місце під час дії цієї Програми, та за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та для здійснення Страхової Виплати.

6. Будь-які Страхові виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових виплат згідно з Договором страхування.

7. Малолітні та неповнолітні особи – тобто, особи, яким не виповнилося 18 (вісімнадцять) років - не можуть бути застраховані згідно з умовами цієї Програми.

8. Страхова виплата буде здійснена за умови, що смерть Страхувальника внаслідок Нещасного випадку мала місце протягом 365 днів від дати настання Нещасного випадку, який призвів до летального наслідку".

30. Пункт 19 Таблиці тілесних ушкоджень № 1 викласти у такій редакції:

"19. Зниження гостроти зору внаслідок нещасного випадку (дивись Таблицю страхових виплат при зниженні гостроти зору)".

31. Пункт 46 Таблиці тілесних ушкоджень № 1 викласти у такій редакції:

"46. Ушкодження селезінки внаслідок нещасного випадку, що спричинило:".

32. Примітки до Пункту 53 Таблиці тілесних ушкоджень № 1 викласти у такій редакції:

" Примітки:

Рішення щодо здійснення виплати за статтею 53 приймається за станом Застрахованої особи на дату не раніше трьох місяців з дня травми.

Додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться".

Спотворення – це різка зміна природного вигляду обличчя людини внаслідок механічного, хімічного, термічного впливу та інших протиправних дій.

1. Якщо у зв'язку з переломом кісток лицьової частини черепа зі зміщенням відламків була проведена операція (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, то страхова виплата здійснюється з урахуванням перелому та післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметику в тому чи іншому ступені.

2. Якщо внаслідок ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки утворився рубець або пігментна пляма і у зв'язку з цим була здійснена відповідна страхова виплата, а потім Застрахована особа одержала травму, що

призвела до утворення нових рубців (пігментних плям), то страхова виплата здійснюється знову з урахуванням наслідків повторної травми".

33. Примітки до Пункту 54 Таблиці тілесних ушкоджень № 1 викласти у такій редакції:

"Примітки:

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

Додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться".

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 променевоzap'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 сухожиль, зшиванні судин, нервів і т. ін.), дана стаття не застосовується".