

Додаток №1
до Договору добровільного комплексного страхування життя платника
комунальних платежів № 15052018 від «03» вересня 2021 р.
(редакція чинна з «08» вересня 2021 року)

Приватне акціонерне товариство
«МетЛайф»

Правила ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ
(що застосовуються до договорів добровільного страхування життя, що укладаються з юридичними особами або іншими
особами), загальна частина

зарєстровані Національною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 27.06.2019 року, згідно з розпорядженням №1221, зі змінами та доповненнями №1, зарєстрованими Національною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 03.10.2019 року, згідно з розпорядженням №1936

ТЕРМІНИ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ЦИХ ПРАВИЛАХ

Страховання	Вид цивільно правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних та юридичних осіб, у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених Договором Страховання, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів.
Страховання життя	Вид особистого страхування, який передбачає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату згідно з Договором Страховання у разі смерті Застрахованої особи, а також, якщо це передбачено Договором Страховання, у разі дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору Страховання та (або) досягнення Застрахованою особою визначеного договором віку. Умови Договору Страховання життя можуть також передбачати обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату у разі нещасного випадку, що стався із Застрахованою особою або її Хвороби, захворювання.. Передбачення ризику смерті Застрахованої особи є обов'язковим протягом всього строку дії Договору Страховання Життя
Страховик	Приватне акціонерне товариство "МетЛайф", яке укладає із Страховальниками Договори Страховання життя, створене згідно з Законом України "Про господарські товариства" та Законом України "Про страхування" та яке має ліцензію на право здійснення страхової діяльності у формі добровільного страхування життя. У випадку, якщо Страховик у зв'язку зі змінами у законодавстві чи з інших причин змінить найменування, воно підлягатиме застосуванню у всій документації, в тому числі за раніше укладеними Договорами Страховання.
Страховальник	Юридична особа, фізична особа, а також фізична особа – підприємець, яка уклала із Страховиком Договір Страховання та зобов'язана сплачувати Страхові премії у встановлені строки та виконувати інші умови Договору Страховання.
Застрахована особа	Особа, про страхування життя або життя та працездатності якої укладений Договір Страховання, та яка може набувати прав і обов'язків Страховальника згідно з Договором Страховання.
Вигодонабувач	Фізична або юридична особа (або особи), призначена(ні) для отримання Страхової виплати згідно з умовами Договору Страховання.
Страхова сума	Грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату у разі настання Страхового Випадку. Страхова сума зазначається в Договорі Страховання. Для кожної програми страхування може бути встановлена окрема Страхова сума.
Страхова виплата	Грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору Страховання у разі настання Страхового Випадку. Страхові виплати за Договором Страховання Життя здійснюються в розмірі Страхової суми (її частини) та (або) у вигляді регулярних, послідовних виплат обумовлених у Договорі Страховання сум (ануїтету).
Страхова премія (Страховий платіж)	Плата за страхування, узгоджена обома сторонами Договору Страховання для кожного виду ризику, яку Страховальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором Страховання.
Страховий тариф	Ставка страхового внеску з одиниці Страхової суми за визначений період страхування.
Договір Страховання	Письмова угода між Страховальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання Страхового Випадку здійснити Страхову виплату Страховальнику або іншій особі, визначеній у Договорі Страховання Страховальником, на користь якої укладено Договір Страховання, а Страховальник зобов'язується сплачувати Страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору Страховання.
Страховий Сертифікат/ Страховий Поліс	Посвідчення факту укладання Договору Страховання.
Викупна Сума	Сума, яка виплачується Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору Страховання та розраховується математично на день припинення Договору Страховання життя залежно від періоду, протягом якого діяв Договір Страховання життя, згідно з методикою, викладеною в Додатку 2 до цих Правил.
Ануїтет	Регулярні, послідовні виплати обумовлених у Договорі Страховання сум.
Нещасний Випадок	Будь-яке тілесне ушкодження або травма, не спричинене Застрахованою особою навмисно, спричинене безпосередньо та незалежно випадковою, непередбачуваною дією зовнішніх причин, факторів, що знаходились поза контролем Застрахованої особи та призвели до її травмування або смерті.
Нещасний Випадок на транспорті	Не спричинена Застрахованою особою навмисно раптова подія на автомобільному, залізничному, морському, річковому або авіаційному транспорті, що сталась під час перевезення Застрахованої особи автомобілем (у якості пасажирів або водія), на поїзді, човні або регулярних пасажирських авіалініях незалежно від того, чи під час руху, чи не у русі, включаючи посадку та висадку, зліт та посадку, в процесі якої смерть або тілесне ушкодження Застрахованої особи сталися в прямому зв'язку з використанням цього транспорту. При цьому такий транспортний засіб має бути зареєстрований та офіційно допущений до пасажирських перевезень згідно з законодавством. Нещасним Випадком на транспорті також є тілесні ушкодження або смерть Застрахованої особи внаслідок удару транспортним засобом. Нещасний Випадок на транспорті не вважається випадком, що стався в прямому зв'язку з використанням цього транспорту, і відповідно не вважається Страховим Випадком, якщо такий випадок спричинений внаслідок терористичного акту, навмисними діями, спрямованими на настання Нещасного Випадку, природного лиха, використання транспортного засобу в спортивних цілях, інші ускладнення просування, причина яких не стосується транспорту.
Хвороба, захворювання	Будь який патологічний стан або аномальне (ненормальне) функціонування органів Застрахованої особи, що об'єктивно діагностовано та не спричинено Нещасним Випадком.
Річниця (річниця страхування)	День, наступний за останнім днем відповідного року дії Договору Страховання.
Період очікування	Період часу, визначений Страховальником у Договорі Страховання, протягом якого страхові послуги Застрахованій особі не надаються (страхове покриття на неї не поширюється).
Громадянська війна	Озброєне протистояння двох або більше сторін однієї країни, де такі сторони є різними етнічними, релігійними або ідеологічними групами, включаючи військові повстання, бунти, революції, антиурядову агітацію та підірвану діяльність, державний переворот, наслідки військового положення.
Війна	Озброєне оголошене або невизнане протистояння двох або більше країн.
Активно працює (працюють)/Активно працюючий	Працездатна особа, яка не знаходиться у відпустці без збереження заробітної плати, що триває більше 2 тижнів, не існує ні з боку працівника, ні з боку Страховальника ніяких перешкод, загрозливих щодо поточної роботи, працівника не переведено на легшу, іншу роботу, йому не встановлено неповний робочий день або неповний робочий тиждень, якщо інше не передбачено Договором Страховання. В цілях даних Правил

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Відповідно до наведених нижче Правил добровільного страхування життя (далі – Правила) Приватне акціонерне товариство «МетЛайф» (далі – Страховик) укладає договори добровільного групового страхування життя фізичних осіб з юридичними або іншими особами (далі – Страхувальник).

1.2. Правила розроблені відповідно до Закону України “Про страхування”, Цивільного Кодексу України, інших нормативно-правових актів України, впроваджуються згідно з внутрішнім розпорядженням Страховика та регулюють відносини між Страховиком, Страхувальником та Застрахованими особами при укладанні та виконанні договору добровільного групового страхування життя (далі – «Договір Страхування»).

1.3. Групове страхування життя – це страхування життя осіб, які належать до групи Застрахованих осіб згідно зі Статтею 8 цих Правил.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

Предметом Договору Страхування можуть бути майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням Застрахованої особи.

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

3.1. Страховий Ризик - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання. Програми страхування та Договори Страхування можуть передбачати такі страхові ризики або їх комбінацію:

3.1.1. Дожиття Застрахованої особи на строк;

3.1.2. Дожиття Застрахованої особи до певного віку;

3.1.3. Смерть Застрахованої особи;

3.1.4. Природна смерть Застрахованої особи;

3.1.5. Постійна Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Хвороби;

3.1.6. Постійна Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку;

3.1.7. Постійна Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Хвороби та/або Нещасного Випадку;

3.1.8. Постійна Часткова Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Хвороби;

3.1.9. Постійна Часткова Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку;

3.1.10. Постійна Часткова Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Хвороби та/або Нещасного Випадку;

3.1.11. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II групи інвалідності;

3.1.12. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II, III групи інвалідності;

3.1.13. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, що призвів до встановлення Застрахованій особі I групи інвалідності; або розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, що призвів до встановлення Застрахованій особі II, III групи інвалідності;

3.1.14. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II групи інвалідності; або розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, що призвів до встановлення Застрахованій особі III групи інвалідності;

3.1.15. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II групи інвалідності;

3.1.16. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II, III групи інвалідності;

3.1.17. Смерть Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку;

3.1.18. Постійна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку;

3.1.19. Смерть, Каліцтво та/або Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку;

3.1.20. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, який призвів до хірургічного втручання та/або до госпіталізації;

3.1.21. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку та/або Хвороби, який призвів до хірургічного втручання та/або до госпіталізації;

3.1.22. Смерть Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку на транспорті;

3.1.23. Постійна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку на транспорті;

3.1.24. Постійна Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку на транспорті;

3.1.25. Діагностування критичного захворювання Застрахованої особи;

3.1.26. Отримання Застрахованою особою тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку;

3.1.27. Тимчасова Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку;

3.1.28. Тимчасова Повна Непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби;

3.1.29. Отримання Застрахованою особою травм внаслідок Нещасного Випадку;

3.1.30. Смерть Застрахованої особи та подружжя внаслідок одного Нещасного Випадку.

3.2. Страховий Випадок - подія, передбачена Договором Страхування, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату у розмірі страхової суми (її частини) та (або) у вигляді анuitету, Застрахованій особі або Вигодонабувачу відповідно до Договору Страхування.

3.3. Конкретний перелік Страхових Випадків визначається у Договорі Страхування відповідно до умов програм страхування, що включені в Договір Страхування та викладені у Додатку 1, до цих Правил.

3.4. Визначення конкретного Страхового Випадку наводиться у програмах страхування, що є частиною Договору Страхування.

4. Виключення із Страхових Випадків і обмеження страхування

4.1. Виключення із Страхових Випадків і обмеження страхування, що діють для таких програм групового страхування життя, наведено в пункті 4.1.1:

1) «Страхування на випадок смерті або дожиття»;

2) «Страхування на випадок смерті на певний строк»;

3) «Страхування на випадок природної смерті на певний строк»;

4) «Додатковий накопичувальний пенсійний план»;

5) «Страхування на випадок постійної повної непрацездатності»;

6) «Страхування на випадок постійної часткової непрацездатності»;

7) «Страхування на випадок встановлення групи інвалідності внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби»;

8) «Страхування на випадок критичного захворювання».

4.1.1. Згідно з Договором Страхування будь-яка подія не визнається Страховим Випадком та Страхова виплата не здійснюється, якщо така подія прямо або опосередковано, повністю або частково спричинена або пов'язана з:

4.1.1.1. Опортуністичною інфекцією, будь-якими хворобами або злоскісними новоутвореннями за наявності Вірусу Імунодефіциту Людини (ВІЛ), а також Синдрому Набутого Імунодефіциту.

4.1.1.2. Самогубством Застрахованої особи, незалежно від її психічного стану, протягом перших двох років дії страхового покриття відносно цієї Застрахованої особи;

4.1.1.3. Війною чи військовими операціями/діями (оголошеними чи неоголошеними), вторгненням, діями зовнішніх ворогів, конфліктами, революцією, військовим заколотом, громадськими заворушеннями, громадянською війною, захопленням чи узурпацією влади військовими, військовим положенням, періодом осади або будь-якими іншими подіями чи підставами для оголошення військового положення або періоду осади;

4.1.1.4. Діями Страхувальника, Застрахованої Особи або Вигодонабувача, які спрямовані на настання Страхового Випадку, незалежно від їхнього психічного стану;

4.1.1.5. Іншими подіями або причинами, визначеними як виключення або обмеження страхування у відповідних програмах страхування та/або визначеними в Договорі Страхування за домовленістю між Страховиком та Страхувальником;

4.1.1.6. Для визнання смерті Страховим Випадком 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.

4.1.2. Додатково до положень пункту 4.1.1 щодо Програми групового страхування додаткових ризиків «Страхування життя на випадок встановлення групи інвалідності внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби» будь-яка подія не визнається Страховим Випадком та Страхова виплата не здійснюється, якщо така подія прямо або опосередковано, повністю або частково спричинена або пов'язана з:

4.1.2.1. Отруєнням Застрахованої особи лікарськими засобами або алкоголем, або наркотичними засобами чи психотропними речовинами, їх аналогами чи прекурсорами, або її перебуванням під впливом зазначених вище засобів (речовин), якщо вони не були призначені лікарем або призначена лікарем доза перевищена.

4.1.2.2. Інвалідністю Застрахованої особи, встановленою до початку дії Договору Страхування щодо Застрахованої особи; хворобою, що діагностовано, або Нещасним Випадком, що трапився до початку дії Договору Страхування щодо Застрахованої особи, однак призвели до інвалідності, яка була встановлена під час дії Договору Страхування щодо Застрахованої особи;

4.1.2.3. Нещасним Випадком, спричиненим через подорож або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажирів на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;

4.1.2.4. Будь-яким погіршенням стану здоров'я Застрахованої особи, яке викликане радіаційним опроміненням або є результатом використання атомної енергії, а також будь-якими природними явищами;

4.1.2.5. Заняттям Застрахованою особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняттям Застрахованою особою спортом на аматорському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким кінним спортом, повітряним спортом, альпінізмом, бойовими видами мистецтва, боротьбою, підводним плаванням, стрільбою.

4.1.3. Додатково до положень пункту 4.1.1 щодо Програми групового страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок критичного захворювання» будь-яка подія не визнається Страховим Випадком та Страхова виплата не здійснюється, якщо така подія прямо або опосередковано, повністю або частково спричинена або пов'язана з:

4.1.3.1. Отруєнням Застрахованої особи лікарськими засобами або алкоголем, або наркотичними засобами чи психотропними речовинами, їх аналогами чи прекурсорами, або її перебуванням під впливом зазначених вище засобів (речовин), якщо вони не були призначені лікарем або призначена лікарем доза перевищена;

4.1.3.2. Прямим або опосередкованим впливом ядерного вибуху, радіації, що іонізує, або викиду радіоактивних речовин у довколишнє середовище;

4.1.3.3. Будь-якими психічними або нервовими розладами або лікуванням алкогольної та наркотичної залежності;

4.1.3.4. Навмисною участю Застрахованої особи у злочинних діях та інших протиправних діях, або порушенням чи спробою порушити закон або чиненням опору Застрахованою особою під час затримання або арешту.

4.1.3.5. Будь-яким захворюванням, хворобою або станом Застрахованої особи, що передусє дати початку дії Програми, окрім випадків, якщо Договір Страхування діяв та страхові послуги безперервно надавались Застрахованій особі протягом повних 3 (трьох) років поспіль за Договором (-ами) Страхування.

4.1.4. Страховик не несе відповідальності за Договором Страхування і не здійснює Страхові виплати у випадках, зазначених в пп. 4.1.1 – 4.1.3 вище.

4.2. Виключення із Страхових Випадків і обмеження страхування, зазначені у п.4.2.1, діють для таких програм групового страхування життя:

- 1) «Страхування на випадок смерті внаслідок Нещасного Випадку»;
- 2) «Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку»;
- 3) «Страхування на випадок смерті/каліцтва/постійної та повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку»;
- 4) «Страхування на випадок тимчасової повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку»;
- 5) «Страхування на випадок тимчасової повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби»;
- 6) «Страхування на випадок тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку»;
- 7) «Страхування на випадок травм та/або тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку»;
- 8) «Страхування на випадок смерті внаслідок Нещасного Випадку з виплатою додаткової Страхової Суми у випадку сирітства».

4.2.1. Згідно з Договором Страхування будь-яка подія не визнається Страховим Випадком та Страхова виплата не здійснюється, якщо така подія прямо або опосередковано, повністю або частково спричинена або пов'язана з:

4.2.1.1. Бактеріальною інфекцією (крім піогенної інфекції – гнійної інфекції, інфекція, що спричиняє або обумовлює нагноєння, що є результатом випадкового порізу або рани);

4.2.1.2. Отруєнням Застрахованої особи лікарськими засобами або алкоголем, або наркотичними засобами чи психотропними речовинами, їх аналогами чи прекурсорами, або її перебуванням під впливом зазначених вище засобів (речовин), якщо вони не були призначені лікарем або призначена лікарем доза перевищена;

4.2.1.3. Навмисною участю Застрахованої особи у злочинних діях, та інших протиправних діях, або порушенням чи спробою порушити закон або чиненням опору Застрахованою особою під час затримання або арешту;

4.2.1.4. Війною, вторгненням, діями інших держав, воєнними діями, громадянською війною, революцією, повстанням, заколотом, збройним або незаконним захопленням влади, воєнним станом, облогою або будь-якими подіями або причинами, що визначають або підтримують військовий стан або облогу, арешт, ізоляцію, митні обмеження;

4.2.1.5. Проходженням служби Застрахованою особою в збройних силах будь-якої країни або міжнародних військах незалежно від того, в мирний час, чи під час війни. В такому випадку Страховик на запит Застрахованої особи поверне відповідну премію за будь-який такий період надання послуг;

4.2.1.6. Лікуванням будь-яких психічних або нервових розладів, лікуванням алкогольної та наркотичної залежності;

4.2.1.7. Будь-якою травмою, ушкодженням або непрацездатністю Застрахованої особи, що виникли до дати початку дії страхування;

4.2.1.8. Прямим або опосередкованим впливом ядерного вибуху, радіації, що іонізує, або викиду радіоактивних речовин у довколишнє середовище;

4.2.1.9. Травмою, отриманою під час подорожування або польоту на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажирів на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;

4.2.1.10. Заняттям Застрахованої особи будь-яким професійним спортом (якщо така подія відбулась під час змагань, відборів, включаючи підготовку і тренування);

4.2.1.11. Керуванням транспортним засобом Застрахованою особою, яка не має посвідчення на право керування транспортним засобом відповідної категорії (посвідчення водія).

4.2.2. Додатково до положень пункту 4.2.1 щодо Програм групового страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок смерті внаслідок Нещасного Випадку», «Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного Випадку з виплатою додаткової Страхової Суми у випадку сирітства» та «Страхування на випадок смерті/каліцтва/постійної та повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку» (в її частині, що стосується ризику смерті Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку) згідно з Договором Страхування будь-яка подія не визнається Страховим Випадком та Страхова виплата не здійснюється, якщо така подія прямо або опосередковано, повністю або частково спричинена або пов'язана із самогубством Застрахованої особи незалежно від її психічного стану.

4.2.3. Додатково до положень пункту 4.2.1 щодо Програм групового страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку», «Страхування на випадок смерті/каліцтва/постійної та повної непрацездатності внаслідок нещасного випадку» (в її частині, що стосується Каліцтва та/або Постійної та Повної Непрацездатності Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку), та «Страхування на випадок тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку» згідно з Договором Страхування будь-яка подія не визнається Страховим Випадком та Страхова виплата не здійснюється, якщо така подія прямо або опосередковано, повністю або частково спричинена або пов'язана зі спробою самогубства Застрахованої Особи або нанесенням Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень незалежно від її психічного стану.

4.2.4. Додатково до положень пункту 4.2.1 щодо Програм групового страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок тимчасової повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку» та «Страхування на випадок тимчасової повної непрацездатності внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби» згідно з Договором Страхування будь-яка подія не визнається Страховим Випадком та Страхова виплата не здійснюється, у разі:

4.2.4.1. Хвороби Застрахованої особи, прямо або опосередковано спричиненої ВІЛ-інфекцією та/або будь-яким пов'язаним захворюванням, включаючи СНІД (Синдром Набутого Імунодефіциту);

4.2.4.2. Проходження Застрахованою особою профілактичного або іншого медичного огляду, коли відсутні об'єктивні ознаки погіршення

нормального стану здоров'я;

4.2.4.3. Здійснення косметичних або інших аналогічних процедур будь-якого виду або проведення пластичних операцій, якщо вони не призначені лікарем у зв'язку із Нещасним Випадком, що стався протягом дії цих Програм;

4.2.4.4. Будь-якого лікування або оздоровлення в лікувальному центрі, медичному закладі або реабілітаційному центрі (післялікарняне лікування);

4.2.4.5. Лікування будь-якої інфекції, отриманої під час стаціонарного лікування (госпітальна інфекція);

4.2.4.6. Госпіталізації/лікування/ хірургічного втручання з приводу вагітності Застрахованої особи, пологів, викидня або абортів, стерилізації, штучного запліднення, рестерилізації або лікування безпліддя, імпотенції, лікування алкоголізму або наркоманії, пологової травми, вродженої аномалії або спадкової хвороби, венеричних захворювань, психічних або нервових розладів, діагностична біопсія (за виключенням біопсії шкіри) або артроскопія, офіційно визнаних випадків пандемії.

4.2.4.7. Амбулаторного лікування хвороб зору, стоматологічного лікування та протезування зубів, якщо вони не призначені лікарем у зв'язку із Нещасним Випадком, що стався протягом дії цих Програм;

4.2.4.8. Кили, люмбаго або запалення сідничного нерва;

4.2.4.9. Спроби самогубства Застрахованої особи або нанесення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень незалежно від її психічного стану;

4.2.4.10. Будь-якого захворювання, хвороби або стану Застрахованої особи, що передує даті початку дії цих Програм.

4.3. Страхування за додатковими програмами страхування життя від Нещасного Випадку не поширюється та не застосовується щодо випадків психічних відхилень або розладів вищої нервової діяльності.

4.4. Якщо це необхідно, Застрахована особа зобов'язана довести, що Страховий Випадок не був спричинений жодною з обставин, що виключені з переліку причин або подій, що є підставою для подання заяви на одержання Страхової виплати. Це необхідна передумова будь-яких зобов'язань Страховика.

4.5. Страховик не несе відповідальності за Договором Страхування і не здійснює Страхові виплати щодо подій, спричинених будь-якою з причин, зазначених в цьому розділі, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

4.6. Перелік Програм групового страхування додаткових ризиків від Нещасного Випадку наведено у Додатку 1 до цих Правил.

4.7. Страхове покриття, зазначене в таблиці будь-якої Програми групового страхування додаткових ризиків, може надаватися Застрахованим особам/ Страхувальникам частково або з урахуванням певних обмежень, що визначаються умовами Договору Страхування Життя.

5. СТРАХОВА ПРЕМІЯ, СТРАХОВИЙ ТАРИФ

5.1. Розмір Страхової премії, що сплачується Страхувальником, визначається на підставі Страхових Тарифів, що обчислюються Страховиком актуарно (математично). Страхові Тарифи та методика їх розрахунку визначені у Додатку 2, що є невід'ємною частиною цих Правил.

5.2. Страхувальник сплачує Страхові премії у строки та згідно з умовами, що встановлюються Страховиком та визначаються у Договорі Страхування.

5.3. Розмір Страхової премії на кожну Застраховану особу, що сплачується Страхувальником згідно з Договором Страхування, розраховується відповідно до умов Додатку 2 до цих Правил та зазначається в Договорі Страхування.

6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ ТА СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

6.1. Страхова сума на кожну Застраховану особу визначається в Договорі Страхування за згодою сторін, але її розмір не повинен бути меншим ніж мінімальний розмір Страхової суми, який визначений Страховиком на момент укладання Договору Страхування.

6.2. Страхова сума може бути встановлена по окремому Страховому Випадку, групі Страхових Випадків та Договору Страхування у цілому.

6.3. У разі, якщо випадок, що має ознаки страхового, стався за програмою групового страхування додаткових ризиків, до якої застосовується Період очікування, протягом «Періоду очікування» та мало місце внесення змін до умов Договору Страхування (типу збільшення/зменшення розміру страхової (-их) суми (сум) та/або збільшення/зменшення кількості захворювань) на останню дату сплати, від якої рахується «Період очікування», то Страховик розраховує та резервує розмір Страхові виплати відповідно до умов програми страхування/розмірів страхових сум/ кількості захворювань, що мали місце до останньої дати сплати, на яку вносилися зміни (тобто, до внесення змін).

6.4. Страхові виплати за Договором Страхування здійснюються в розмірі Страхової суми (її частини) та (або) у вигляді регулярних, послідовних виплат, обумовлених у Договорі Страхування сум (ануїтету).

6.5. Розмір Страхової суми на кожну Застраховану особу згідно з Договором Страхування визначається в Договорі Страхування.

6.6. Страхова сума включає суму інвестиційного доходу, який визначається згідно з Законом України "Про страхування", чинним законодавством та згідно з Додатком 2 до цих Правил. Страхова сума збільшується на розмір Негарантованого Бонусу, якщо такий є, та інші суми (бонуси), якщо це передбачено відповідною програмою страхування та законодавством України.

7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Для укладання Договору Страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір Страхування.

Договори страхування укладаються відповідно та на підставі цих Правил страхування, шляхом складання одного документа (Договору Страхування), підписаного сторонами. У випадку домовленості сторін, дію окремих положень може бути частково розширено або обмежено (конкретизовано) у Договорі страхування. Невід'ємною частиною Договору Страхування можуть бути такі документи:

- Страховий Сертифікат, що вважається письмовим підтвердженням укладення Договору Страхування та становить його невід'ємну частину;
- Додатки до Договору Страхування, які зазначаються в тексті Договору Страхування, та інші документи, які зазначаються в Договорі Страхування як його невід'ємні частини. Зокрема, невід'ємною частиною Договору Страхування буде перелік Застрахованих осіб;
- Додаткові угоди до Договору Страхування у випадку внесення змін та доповнень до Договору Страхування;
- Копія Правил;
- Програма (програми) страхування.

На вимогу Страховика Договір Страхування може також включати такі документи, якщо про це прямо зазначається в Договорі Страхування:

- Будь-які документи, подані Страхувальником та/або Застрахованою особою Страховику;
- Офіційні медичні довідки та інші медичні документи, належним чином підписані та засвідчені печаткою органу, що їх видав;
- Будь-які інші документи, що містять інформацію про Застрахованих Осіб та/або Страхувальника, надані на вимогу Страховика.

7.2. Всі частини Договору Страхування повинні бути у письмовій формі.

7.3. У випадку втрати або невірального пошкодження Договору Страхування Страхувальником, Страховик видає дублікат Договору Страхування згідно з письмовою заявою Страхувальника.

7.4. Договір Страхування набуває чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором Страхування. В такому випадку Договір Страхування починає свою дію у 00 годин 01 хвилину за Київським часом дня, зазначеного у Договорі Страхування або у Страховому Сертифікаті як дата початку страхування, крім тих випадків, коли Страхувальник та Страховик домовилися у письмовій формі про початок дії Договору Страхування з іншої дати, ніж та, що зазначена у Договорі Страхування або Страховому Сертифікаті.

7.5. Договір Страхування укладається на строк, що визначається в Договорі Страхування. Страховик зберігає за собою право перераховувати розмір Страхових премій на кінець кожного року дії Договору Страхування з метою урахування змін кількості та/або вікової та статевої структури групи Застрахованих осіб та Страхових сум. Проте, якщо це передбачено Договором Страхування, Страховик має право перераховувати розмір Страхових премій частіше згідно з графіком, визначеним у Договорі Страхування.

7.6. Договір Страхування закінчує свою дію о 24.00 годині за Київським часом на дату, визначену в Договорі Страхування та (або) Страховому Сертифікаті як дата закінчення дії Договору Страхування.

7.7. Договір Страхування покриває Страховий Випадок, що може виникнути у будь-якому місці протягом дії Договору Страхування, якщо інше не визначено у Договорі Страхування.

7.8. Строк дії Договору Страхування може бути продовжено на тих самих умовах на наступний період за взаємною угодою Сторін.

7.9. Продовження строку дії Договору Страхування на наступний період може оформлюватися шляхом підписання Додаткової Угоди до Договору Страхування.

7.10. Зміни та доповнення до Договору Страхування:

1) Будь-які зміни та доповнення до Договору Страхування є недійсними, якщо вони не підписані уповноваженими представниками Страховика та Страхувальника.

2) Зміни та доповнення не застосовуються до Страхових Випадків, що сталися до внесення таких змін.

7.11. Договір Страхування не обмежує страхування осіб, яким до моменту прийняття на страхування було встановлено інвалідність, та події розглядаються як Страхові Випадки за усіма ризиками, встановленими Договором Страхування за умови відсутності інших договірних

обмежень щодо конкретних Застрахованих осіб.

7.12. Для Застрахованої особи застосовується безперервність страхового покриття з дати включення такої Застрахованої особи до списків Застрахованих осіб за будь-яким Договором Страхування. При застосуванні безперервності страхового покриття датою укладання Договору Страхування щодо Застрахованої особи вважається дата, коли Застраховану особу вперше прийнято на страхування Страховиком. За кожною програмою групового страхування може бути встановлено окрему дату початку дії безперервного покриття.

8. ПОРЯДОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Застрахованими Особами згідно з Договором Страхування є особи, які мають право на страхування відповідно до положень п.п.8.1.1 та 8.1.2 цих Правил, якщо інше не передбачено Договором Страхування або умовами Програми страхування.

8.1.1. Усі штатні працівники Страхувальника віком не старше 65 років на дату укладання Договору Страхування, які працюють на повну ставку і мають у Страхувальника своє основне місце роботи, і які Активно працюють на дату початку дії Договору Страхування, та які здатні виконувати свої звичайні трудові обов'язки, пов'язані з роботою у Страхувальника на повну штатну одиницю, мають право на страхування згідно Договору Страхування, починаючи з дати початку дії Договору Страхування.

8.1.2. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, усі працівники віком не старше 65 років, які стали штатними працівниками, що працюють на повну ставку і мають у Страхувальника своє основне місце роботи, після дати початку дії Договору Страхування мають право на страхування з дня, зазначеного в Договорі Страхування як "дата набуття права на страхування", за умови, що такі працівники заповнили медичну анкету та пройшли медичне обстеження, якщо це вимагається Страховиком.

За згодою між Страхувальником та Страховиком, Страхувальник може подати заяву щодо страхування:

- особи, яка не є членом трудового колективу Страхувальника, але виконує роботи для Страхувальника на підставі цивільно-правових договорів, укладених між Страхувальником та роботодавцем такої особи;
- іншої особи згідно з Договором Страхування.

8.2. Включення та виключення працівників Страхувальника або інших осіб до групи Застрахованих осіб та зміна розміру страхової суми відбувається у такому порядку, якщо інше не передбачено Договором Страхування або умовами Програми страхування:

8.2.1. Страхувальник призначає з числа своїх працівників особу відповідальну за внесення всіх змін до переліку Застрахованих осіб (надалі – Адміністратор), та письмово повідомляє Страховика про таке призначення.

8.2.2. Не пізніше 25-го числа кожного календарного місяця Адміністратор має письмово повідомляти Страховика про будь-які зміни у групі Застрахованих осіб на наступний календарний місяць. Адміністратор подає такі дані щодо працівників, які включаються до переліку групи Застрахованих осіб: прізвище, ім'я, по батькові працівника; дату народження; посаду; паспортні дані; адресу місця помешкання; дату початку роботи та розмір річної заробітної плати до відрахування податків або розмір страхової суми.

8.2.3. Протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту отримання відповідного письмового повідомлення від Страхувальника Страховик здійснює виключення особи із списку Застрахованих осіб і припиняє страхування будь-якої Застрахованої особи, яку було виключено Страхувальником, включає нових працівників до переліку групи Застрахованих осіб та змінює розмір страхових сум для вже застрахованих працівників у разі необхідності внесення таких змін.

8.2.4. На підставі змін, що вносяться до групи Застрахованих осіб, Страховик у строки, зазначені в п. 8.2.3 цих Правил, здійснює перерахунок Страхових премій, що сплачуються Страхувальником згідно із Договором Страхування. Перехунок здійснюється відповідно до наведеного нижче:

- Якщо працівник включено до групи Застрахованих осіб, або якщо відбулося будь-яке збільшення розміру його Страхової суми після дати початку дії Договору Страхування, то Страхова премія розраховується виходячи з кількості днів, що залишилися до закінчення строку дії Договору Страхування, віку, статі та стану здоров'я працівника. Стан здоров'я працівника визначається на підставі медичної анкети, заповненої працівником, та будь-яких інших медичних довідок, що вимагаються Страховиком;
- Якщо працівник припиняє трудові відносини із Страхувальником та його виключають з переліку групи Застрахованих осіб згідно Договору Страхування, після підписання Договору Страхування, то, якщо інше не передбачено Програмою страхування або Договором Страхування, використана частина Страхової премії розраховується виходячи з кількості днів, протягом яких працівник був застрахованим.

Страховик перераховує додаткові Страхові премії для нових учасників групи Застрахованих осіб з урахуванням накопиченого розміру незароблених Страхових премій на дату такого перерахування. На підставі такого перерахування Страховик видає Страхувальнику рахунок.

9. ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ Страховика, Застрахованої Особи та Страхувальника

9.1. Страхувальник має такі права:

9.1.1. Протягом строку дії Договору Страхування Страхувальник має право згідно з умовами Договору Страхування додавати або вилучати працівників до/з переліку Застрахованих осіб, змінювати розмір Страхової суми щодо окремого працівника, всіх працівників або певної категорії Застрахованих осіб, якщо такі встановлено, за умови проходження ними медичного обстеження, заповнення анкети про стан здоров'я та надання відповідних медичних довідок, які вимагаються Страховиком, та виконання інших правил та норм встановлених Страховиком. В такому випадку укладається Додаткова Угода до Договору Страхування та сплачується додаткова Страхова премія у разі включення працівників до переліку Застрахованих осіб, або збільшення їх Страхових сум, або ж повертається відповідна частина Страхової премії у разі виключення працівників з переліку Застрахованих осіб або зменшення їх Страхових сум.

9.2. Застрахована особа має такі права:

9.2.1. У разі настання Страхового Випадку, Застрахована особа має право вимагати отримання Страхових виплат згідно з умовами Договору Страхування.

9.2.2. Застрахована особа має право взяти на себе обов'язки Страхувальника, що передбачені у п. 9.4 цих Правил, у разі ліквідації Страхувальника.

9.2.3. Застрахована особа має право змінювати Вигодонабувача без згоди Вигодонабувача чи Вигодонабувачів, які були раніше призначені згідно з умовами Договору Страхування, шляхом заповнення письмової заяви у формі, затвердженій Страховиком. В такому випадку Застрахована особа або Страхувальник повідомляють Страховика, заповнюючи заяву про зміну складу Вигодонабувачів за формою, наданою Страховиком.

9.2.3.1. Такі зміни у складі Вигодонабувачів набувають чинності з дати одержання Страховиком заяви про зміну складу Вигодонабувачів та застосовуються щодо Страхових Випадків, що сталися після дати набрання чинності таких змін у складі Вигодонабувачів.

9.2.3.2. Якщо Застрахована особа призначає більше ніж одного Вигодонабувача без визначення їхніх відповідних часток, Страхові виплати здійснюються на користь всіх Вигодонабувачів у рівних частках.

9.2.3.3. У разі смерті Застрахованої особи та якщо Вигодонабувача не було призначено заздалегідь, або якщо Вигодонабувача немає в живих, або якщо не може бути визначено місце знаходження Вигодонабувача на момент настання Страхового Випадку, Страхова виплата здійснюється на користь законних спадкоємців Застрахованої особи у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

9.2.3.4. У випадку, якщо Вигодонабувача не призначено, або такий Вигодонабувач помер на момент смерті Застрахованої особи, або одночасно із Застрахованою особою, або неможливо визначити його місцезнаходження на момент настання Страхового Випадку, Страхову виплату у разі настання Страхового Випадку буде здійснено спадкоємцям Застрахованої особи згідно з чинним законодавством України.

9.3. Страховик має такі права:

9.3.1. Страховик має право перевіряти інформацію, надану Страхувальником та/або Застрахованою особою, а також виконання умов Договору Страхування Страхувальником та/або Застрахованою особою.

9.3.2. Страховик має право відмовити у здійсненні Страхових виплат відповідно до розділів 4 та 13 цих Правил, а також на інших підставах, передбачених Договором Страхування або законодавством.

9.3.3. Страховик має право у будь-який час достроково припинити дію Договору Страхування за умови невиконання Страхувальником або Застрахованою особою умов Договору Страхування. Страховик має направити Страхувальнику відповідну письмову претензію із зазначенням причин можливого дострокового припинення дії Договору Страхування. Страхувальник зобов'язаний розглянути таку претензію та усунути таке порушення протягом 10 робочих днів. Якщо протягом 10 днів Страхувальник не усуває порушення, Страховик має право достроково припинити дію Договору Страхування шляхом надіслання письмового повідомлення Страхувальнику не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору.

9.3.4. Страховик має право перед включенням особи до групи Застрахованих осіб або збільшенням страхової суми для такої Застрахованої особи вимагати заповнення та надання на розгляд Страховикові анкети про стан здоров'я такої особи. Залежно від даних, наведених у такій анкеті, Страховик має право включити особу до групи Застрахованих осіб або збільшити Страхову суму та, відповідно, збільшити розмір Страхової премії на таку Застраховану особу або відмовити у страхуванні та відмовити у збільшенні Страхової суми.

9.3.5. Страховик має право вимагати надання історії хвороби та інших медичних відомостей про Застраховану особу у медичних установах, які

надавали послуги Застрахованій особі, за умови, що Страховик сплачує витрати, пов'язані із отриманням такої інформації.

9.3.6. Страховик має право відмовити у страхуванні та/або у здійсненні страхових виплат Застрахованій особі, якщо Застрахована особа або Страхувальник навмисно подали невірну або неповну інформацію, яка вимагається Страховиком згідно з умовами Договору Страхування та цими Правилами.

9.3.7. У разі смерті Застрахованої особи Страховик має право провести розслідування причин смерті та вимагати у разі необхідності проведення розтину тіла померлого до або після поховання, якщо це не суперечить положенням чинного законодавства України.

9.3.8. З метою розслідування обставин Страхового Випадку Страховик має право провести медичне обстеження Застрахованої особи за допомогою кваліфікованого лікаря, призначеного Страховиком, а також залучати треті особи до такого розслідування.

9.4. Страхувальник зобов'язаний:

9.4.1. Своєчасно та в повному обсязі сплачувати Страхову премію відповідно до положень Договору Страхування.

9.4.2. Надати Страховику будь-які відомості, необхідні для укладання Договору Страхування, а також будь-яку іншу необхідну інформацію, пов'язану з дією або з виконанням Договору Страхування.

9.4.3. Забезпечувати збереження документів, що складають Договір Страхування, чи відносяться до нього.

9.4.4. Відшкодувати Страховику всі документально підтверджені витрати, якщо Застрахована особа або Страхувальник навмисно подали неправдиву або неповну інформацію, яка вимагається Страховиком згідно з умовами Договору Страхування.

9.4.5. Інформувати Застрахованих осіб про всі зміни та доповнення до Договору Страхування, а також про дострокове припинення дії Договору Страхування.

9.4.6. Повідомити Страховика про настання Страхового Випадку в строки, передбачені п.11.1 цих Правил.

9.5. До включення до групи Застрахованих осіб кожна особа, яка може набути статусу Застрахованої особи, повинна:

9.5.1. Заповнити та надати Страховику реєстраційну картку для групового страхування або Заяву на укладання Договору Страхування, якщо це передбачено Договором Страхування, з визначенням Вигодонабувача або Вигодонабувачів.

9.5.2. На вимогу Страховика, заповнити та подати Страховику анкету про стан здоров'я та будь-які інші медичні довідки, що можуть вимагатися Страховиком.

9.6. Страховик зобов'язаний:

9.6.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та правилами страхування.

9.6.2. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

9.6.3. У разі настання Страхового Випадку здійснити Страхову виплату або прийняти рішення про відмову у здійсненні Страхової виплати відповідно до розділів 4 та 13 цих Правил Застрахованій особі; а у разі смерті Застрахованої особи – Страхувальнику, або Вигодонабувачеві, або іншій особі згідно з чинним законодавством протягом 60 (шістдесят) календарних днів з дати отримання всіх необхідних документів, зазначених у розділі 11 цих Правил. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення Страхових виплат шляхом сплати неустойки (штрафу, пені), у розмірі, який визначається у Договорі Страхування.

9.7. За невиконання своїх обов'язків за Договором Страхування сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

10. НАСЛІДКИ ВТРАТИ СТРАХУВАЛЬНИКОМ ПРАВ ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ

Якщо у період дії Договору Страхування Страхувальник – юридична особа припиняється і встановлюються його правонаступники, права та обов'язки Страхувальника, що випливають з Договору Страхування, переходять до його правонаступника/ правонаступників за згодою Страховика.

11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. У разі настання Страхового Випадку, Страхувальник, Застрахована особа або Вигодонабувач протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів має надати Страховику письмове повідомлення у формі, встановленій Страховиком. Таке повідомлення надається Страховику Страхувальником або Застрахованою особою, або Вигодонабувачем, або його/її уповноваженим представником та вважається прийнятним, якщо воно містить достатню інформацію для встановлення Застрахованої особи та Страхового Випадку.

11.1.1. Після отримання такого повідомлення Страховик протягом 2 (двох) днів має надати Застрахованій особі або Вигодонабувачеві вичерпний перелік документів (пункт 11.3), необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку. Такі документи мають бути заповнені та повернені Страховику протягом 60 (шістдесят) днів з дати настання Страхового Випадку.

11.1.2. Неподання письмового повідомлення або необхідних документів протягом періоду часу, визначеного у п. 11.1. та п.п. 11.1.1 цих Правил, не зменшує та не скасовує розмір належної Страхової виплати, якщо існують підтвердження того, що таке подання було неможливе протягом визначеного терміну часу, та що таке подання було зроблене негайно за першої нагоди.

11.2 У разі настання Страхового Випадку Страхувальник, Застрахована особа або Вигодонабувач подають Страховику документи, визначені у п. 11.3 цих Правил, а також реквізити банківського рахунку, на який здійснюватимуться Страхові виплати.

11.3. Здійснення Страхових виплат проводиться Страховиком згідно Договору Страхування на підставі:

- 1) Заяви Застрахованої особи, Вигодонабувача або інших осіб, які мають право на отримання Страхових виплат згідно з умовами Договору Страхування;
- 2) У випадку смерті - оригіналу свідоцтва про смерть або його нотаріально засвідченої копії, рішення суду та документів медичних установ або закладів судово-медичної експертизи, в яких визначено причину смерті, матеріали компетентних органів щодо визначення причин та обставин смерті;
- 3) У разі нещасного випадку – оригіналу акту про нещасний випадок або оригіналу довідки з лікарні, довідки з поліції;
- 4) У разі хвороби – оригіналу довідки з лікарні;
- 5) Для інших осіб, які мають право на отримання Страхових виплат - оригіналу свідоцтва про спадщину;
- 6) Пред'явлення документа, який посвідчує особу отримувача, а також довіреність або інший документ, що підтверджує повноваження діяти від імені отримувача Страхової виплати;
- 7) Інших документів, необхідних Страховику для підтвердження факту настання, обставин та причин, ступеню ушкоджень і наслідків Страхового Випадку.

11.4. Підприємства, установи та організації зобов'язані у межах своєї компетенції надсилати відповідь Страховику на його запит про відомості, пов'язані із страховим випадком, у тому числі й дані, що є конфіденційною інформацією. При цьому Страховик несе відповідальність за їх розголошення в будь-якій формі, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ТА СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1 Якщо інше не передбачено відповідною Програмою страхування та/або Договором Страхування, будь-яка виплата за Договором Страхування, в тому числі Страхова виплата, Викупна Сума та інші платежі, що підлягають виплаті Страховиком, може бути виплачена однією грошовою сумою. Страхова виплата на випадок дожиття Застрахованої особи до закінчення дії Договору Страхування за письмовою заявою особи, яка має право на отримання Страхової виплати, також може здійснюватися у такі форми:

- 1) Ануїтет на строк, сплачуваний обумовленими рівними частинами;
- 2) Ануїтет на строк, сплачуваний протягом обумовленого терміну;
- 3) Довічний ануїтет;
- 4) Довічний ануїтет, гарантований на певний строк;
- 5) Довічний ануїтет, який може бути переданий подружжю Одержувача у розмірі 60% від суми Довічного ануїтету.

12.1.1. Залежно від форми здійснення Страхових виплат Страховик розраховуватиме розмір Страхових виплат відповідно до величини інвестиційного доходу та нормативних витрат на ведення справи, які існуватимуть на момент виплат, а також відповідно до таблиць смертності.

12.1.2. Страхові виплати збільшуються на суми (бонуси) які визначаються Страховиком один раз на рік за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів резервів зі страхування життя за вирахуванням витрат Страховика на ведення справи у розмірі до 15 відсотків отриманого інвестиційного доходу та обов'язкового відрахування до математичних резервів частки інвестиційного доходу, що відповідає розміру інвестиційного доходу, який застосовується для розрахунку страхового тарифу за Договором Страхування.

12.1.3. Після здійснення першої Страхової виплати форма виплати не змінюється.

12.1.4. Право на отримання Страхових виплат не може передаватися третім особам або бути предметом застави.

12.1.5. Якщо сума Страхових виплат за місяць згідно з однією із наведених вище у п.12.1 форм здійснення Страхових виплат є меншою за мінімальний розмір, визначений Страховиком на той момент, то така форма здійснення Страхових виплат не може бути обрана, за винятком, якщо згідно з іншими Договорами Страхування, укладеними зі Страховиком, загальна сума Страхових виплат, що підлягає сплаті

Застрахованій особі або Вигодонабувачу перевищує такий мінімальний розмір.

12.1.6. У разі здійснення Страхової виплати однією грошовою сумою Страховик здійснює Страхові виплати після завершення перевірки всіх документів. Якщо така перевірка не завершена протягом 30 календарних днів з дня отримання Страховиком всіх необхідних документів, Страховик повідомляє у письмовій формі причини затримки, але цей термін затримки не повинен перевищувати 6 (шість) місяців. Якщо перевірка завершена, рішення про здійснення або відмову в здійсненні Страхових виплат ухвалюється Страховиком протягом 30 календарних днів з дня отримання останнього з усіх необхідних документів, що підтверджують факт, обставини та наслідки настання Страхового випадку. Рішення про здійснення Страхової виплати ухвалюється у вигляді складання страхового акту. Страховик здійснює Страхову виплату протягом 10 робочих днів з дня ухвалення відповідного рішення, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

12.1.7. Помилкова інформація щодо віку Застрахованої особи:

1) Якщо вік Застрахованої особи зазначено неправильно та таку помилку виявлено, коли така особа жива, відбувається коригування Страхової премії із застосуванням відсотку до різниці між сплаченими Страховими преміями та Страховими преміями, що мали б бути сплаченими, або Страховиком змінюється розмір Страхової суми відповідно до справжнього віку Застрахованої особи;

2) Якщо помилку в інформації щодо віку Застрахованої особи виявлено після її смерті, розмір Страхової виплати буде перераховано згідно зі справжнім віком Застрахованої особи та відповідно до розміру сплаченої Страхової премії;

3) Якщо виявлено, що Застрахована особа не відповідала вимогам Страховика щодо можливості страхування (не могла бути застрахована) в зв'язку з її фактичним віком, Договір Страхування щодо такої особи припиняється з моменту початку дії страхового покриття щодо такої особи. Події, що сталися з такою особою, не можуть бути визнані Страховим випадком за таким Договором Страхування, а Страхові премії, одержані Страховиком за страхування такої особи, повертаються Страхувальнику.

12.2. У разі, якщо Страховим Випадком, передбаченим Договором Страхування, є Постійна Повна Непрацездатність Застрахованої особи та якщо інше не визначено в Договорі Страхування, Страхова виплата здійснюється 60 (шістдесятма) рівними щомісячними платежами, відповідно до умов, зазначених у Програмі групового страхування життя на випадок постійної повної непрацездатності.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІ ВИПЛАТІ

13.1. Якщо інше не узгоджено у Договорі Страхування, рішення про відмову у здійсненні Страхової виплати ухвалюється Страховиком протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання останнього з усіх необхідних документів, що підтверджують факт, обставини та наслідки настання Страхового випадку, та завершення Страховиком розслідування і повідомляється Страхувальнику, Застрахованій особі, Вигодонабувачеві або іншій особі, яка подала заяву про здійснення Страхової виплати, в письмовій формі, в тому числі електронною поштою, за погодженням із заявником, з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з дати ухвалення рішення про відмову у здійсненні Страхової виплати; при цьому також застосовуються положення п. 12.1.6 Правил страхування.

13.2. Страховик має право відмовити у здійсненні Страхових виплат у випадках, передбачених статтею 4 цих Правил або в інших випадках, визначених як виключення у відповідних програмах страхування та/або узгоджених Сторонами в Договорі Страхування.

13.3. Страховик має право відмовити у здійсненні Страхових виплат Застрахованій особі, Страхувальнику або Вигодонабувачеві, якщо Застрахована особа або Страхувальник навмисно подали невірну або неповну інформацію, яка вимагається Страховиком згідно з умовами Договору Страхування.

Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат також є:

1) навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача, спрямовані на настання Страхового Випадку. Такі дії не включають дії, пов'язані з виконанням 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, Застрахованої особи або Вигодонабувача, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

2) навмисна участь Застрахованої особи у злочинних діяннях та інших протиправних діяннях або порушення чи спроба порушити закон, або чинення опору Застрахованою особою під час затримання або арешту, що призвело до настання Страхового Випадку;

3) несвочасне повідомлення Страхувальником, Застрахованою особою або Вигодонабувачем про настання Страхового Випадку без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин та характеру Страхового Випадку.

13.4. Страховик має право відмовити у здійсненні страхових виплат з інших підстав, передбачених законодавством України.

13.5. Страховик зобов'язаний повідомити Застраховану особу або, в разі смерті Застрахованої особи, Страхувальника, та/або Вигодонабувача щодо рішення про відмову у здійсненні Страхової виплати в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) днів з моменту прийняття такого рішення.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

14.1. Дія Договору Страхування припиняється та Договір Страхування втрачає чинність за згодою сторін, а також у таких випадках:

14.1.1. Закінчення строку дії Договору Страхування;

14.1.2. Щодо кожної Застрахованої особи – у разі досягнення Застрахованою особою віку, визначеного умовами Договору Страхування як максимально можливого для страхування. В такому випадку страхування такої особи припиняється в найближчу річницю дії Договору Страхування після досягнення Застрахованою особою такого максимально можливого для страхування віку;

14.1.3. Щодо кожної Застрахованої особи – у разі, якщо Застраховану особу було виключено з групи Застрахованих осіб за рішенням Страхувальника;

14.1.4. Дню Договору Страхування може бути припинено в односторонньому порядку однією із Сторін за умови надання іншій Стороні відповідного письмового повідомлення не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати запланованого припинення дії Договору Страхування;

14.1.5. На вимогу Страховика, якщо це передбачено у Договорі Страхування, – у разі, якщо кількість Застрахованих осіб менше 10 працівників або менше 75% від загальної кількості працівників Страхувальника. За таких обставин, Страховик повідомляє Страхувальника у письмовій формі не менше як за 30 (тридцять) днів до дати припинення дії Договору Страхування. Положення цього підпункту не застосовуються до програм страхування, що передбачають ризик дожиття Застрахованої особи на строк або дожиття Застрахованої особи до певного віку;

14.1.6. Якщо компетентний суд ухвалив рішення про визнання Договору Страхування недійсним;

14.1.7. За згодою Сторін. Сторони зобов'язані повідомити одна одну у письмовій формі не менше як за 30 днів до узгодженої дати припинення дії Договору Страхування;

14.1.8. У разі ліквідації Страховика згідно з чинним законодавством України;

14.1.9. У разі ліквідації Страхувальника, за винятком випадків, коли встановлено правонаступників Страхувальника - юридичної особи;

14.1.10. В інших випадках, передбачених Договором Страхування та/або чинним законодавством України.

14.2. У всіх випадках припинення дії Договору Страхування Страхувальник зобов'язаний повернути Страховику Договір Страхування та здійснити усі необхідні взаєморозрахунки згідно з Договором Страхування.

У разі припинення Договору Страхування з ініціативи Страховика, остаточна сума взаєморозрахунків за Договором Страхування має бути визначена Страховиком не раніше ніж через 20 (двадцять) днів після дати припинення дії Договору Страхування.

14.3. У разі дострокового припинення дії Договору Страхування Страховик виплачує Страхувальнику Викупну Суму, визначену згідно з умовами положень Додатку 2 до цих Правил, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

Всі спори, що виникають між Сторонами Договору Страхування – Страховиком та Страхувальником або Страховиком та Застрахованою особою/Вигодонабувачем чи спадкоємцями Застрахованої особи з приводу Договору Страхування, вирішуються у компетентному суді згідно з чинним законодавством України.

16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

16.1. Форс-мажор

Сторони не несуть відповідальності за невиконання або затримку виконання будь-яких своїх зобов'язань згідно Договору Страхування, якщо це сталося внаслідок дії обставин поза контролем та волею сторін, включаючи, але не обмежуючись, страйки, катастрофи, війну, вторгнення, повстання, громадські безпорядки, бунт, пожежу, бурю, вибухи, виверження вулканів, за умови, однак, що такі події впливають на можливість належного виконання відповідних зобов'язань (далі – «форс-мажор») на період, що дорівнює тривалості дії таких обставин.

Наявність обставин форс-мажору і їхній характер повинні бути підтверджені шляхом надання відповідною стороною письмового свідчення, виданого Торгово-промисловою палатою України. Сторона, яка затримувала виконання або не виконує свої зобов'язання через обставини форс-мажору, має вжити всіх можливих заходів щоб зменшити вплив обставин форс-мажору.

16.2. Збори, платежі та податки

Будь-які податки та збори, встановлені чинним законодавством, які стосуються сплати Страхових премій або отримання Страхових виплат,

Викупної суми, Негарантованого Бонусу або Спеціального Фонду Індексції сплачуються відповідно до вимог чинного законодавства України. Страховик має право отримати такі податки та збори від Страхувальника згідно з чинним законодавством України.

16.3. Негарантований Бонус

16.3.1. Розмір Страхової суми та (або) Страхових виплат збільшується на Негарантований Бонус, який визначається Страховиком один раз на рік згідно з Законом України "Про Страхування", та розраховується як різниця між отриманим інвестиційним доходом від розміщення коштів відповідних резервів із страхування життя, та величиною інвестиційного доходу, визначеною згідно з Договором Страхування. Доля участі Страхувальника в частині різниці між отриманим інвестиційним доходом та величиною інвестиційного доходу, зазначеною в Договорі Страхування, встановлена на рівні не менше 85%. Негарантований Бонус розраховується в кінці кожного року, за умови, що Договір Страхування діяв та страхові послуги надавались протягом року, та базується на сумі математичного резерву згідно з Договором Страхування на кінець попереднього календарного року. Першою сумою математичного резерву для інвестування є сума, яка утворюється на кінець календарного року після першої річниці дії Договору Страхування. Негарантований Бонус, який може утворюватися на кінець попереднього календарного року, зменшується на суму Негарантованого Бонусу, отриману Страхувальником за рік, і також інвестується, а відповідний дохід визначається в порядку, описаному вище, і збільшується на величину інвестиційного доходу. Однак, якщо ставка доходу від інвестицій суми математичного резерву є меншою від величини інвестиційного доходу, тоді Негарантований Бонус розраховуватися не буде. Також, Негарантований Бонус, який може утворюватися на кінець попереднього фінансового року, буде зараховуватися на рівні не менше ніж 85% від ставки доходу, якщо інше не передбачено законодавством України. Виплата Негарантованого Бонусу здійснюється згідно з законодавством України.

16.3.2. Сума, на підставі якої розраховується Негарантований Бонус, підлягає зменшенню на суму будь-якої наявної заборгованості Страхувальника перед Страховиком.

16.3.3. Якщо дія Договору Страхування припиняється достроково або Договір Страхування набуває статусу Сплаченого, Негарантований Бонус розраховується станом на кінець календарного року, що передує даті дострокового припинення дії Договору Страхування або даті набуття Договором Страхування статусу Сплаченого, або даті редукування Страхової суми. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, у випадку дострокового припинення дії Договору Страхування належна Викупна Сума збільшується на суму Негарантованого Бонусу з першої річниці дії Договору Страхування для Договорів з одноразовою сплатою Страхової премії, та з другої річниці дії Договору Страхування для Договорів з регулярною сплатою Страхової премії, якщо інше не передбачено умовами відповідної Програми групового страхування життя або Договору Страхування.

16.3.4. Якщо інше не зазначено в Договорі Страхування, розрахунок Негарантованого Бонусу передбачається також за період між останньою датою нарахування Негарантованого Бонусу та датою закінчення дії Договору Страхування або смерті Застрахованої особи. Нарахування Негарантованого Бонусу припиняється, коли Договір Страхування набуває статусу Сплаченого. Договору Страхування.

16.3.5. Положення пункту 16.3 застосовуються, лише якщо виплата Негарантованого Бонусу передбачена відповідною програмою групового страхування життя.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Голова Правління


_____/І.В. Бєлянська/

Директор відділу по роботі
з фінансовими установами


_____/Г.Є. Сиза/

Програма групового страхування основних ризиків
Страхування на випадок смерті на певний строк

1. Право бути застрахованим за цією Програмою

- 1.1. Право бути застрахованими за цією Програмою групового страхування основних ризиків Страхування на випадок смерті на певний строк (надалі – «Програма») мають працівники, молодші 60 (шістдесят) років, які Активно працюють, якщо інше не визначено умовами Договору Страхування.
- 1.2. Якщо інше не визначено Договором Страхування, в цілях Договору Страхування термін «працівник» використовується щодо працівників, які постійно та регулярно працюють повний робочий день за безстроковим трудовим договором на створеній Страхувальником посаді та на визначеній Страхувальником території, в офісі, що є прийнятним для Страховика в аспекті можливості надання страхового покриття.
- 1.3. Категорії/класи працівників, які можуть бути застраховані, встановлюються в Договорі Страхування.
- 1.4. Якщо працівник не є таким, що Активно працює на день початку страхування (набрання чинності Договором Страхування), початок його страхування буде відкладено до його повернення до Активної роботи, якщо інше не передбачено Договором Страхування.
- 1.5. Кожен працівник зобов'язаний на вимогу Страховика надати підтвердження своєї відповідності вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим, що є умовою набуття статусу Застрахованої особи. Дана вимога поширюється на раніше звільнених осіб, що наймаються Страхувальником повторно.

2. Страховий Випадок

- 2.1. Страховим Випадком за Програмою групового страхування основних ризиків Страхування на випадок смерті на певний строк є смерть Застрахованої особи.

3. Умови здійснення Страхової виплати

- 3.1. В разі смерті Застрахованої особи протягом строку дії цієї Програми щодо такої особи Страховик зобов'язується, за умови отримання документів, що підтверджують смерть цієї Застрахованої особи, здійснити Страхову виплату у розмірі Страхової суми, встановленої щодо такої Застрахованої особи згідно з умовами Договору Страхування.
- 3.2. Страхову виплату буде здійснено Вигодонабувачеві, якщо його призначено Застрахованою особою. В разі, якщо Вигодонабувача не було призначено Застрахованою особою, Страхову виплату буде здійснено відповідно до вимог чинного законодавства.
- 3.3. Додатково до умов п. 3.1 цієї Програми Страховик визнає Страховим Випадком та зобов'язується після отримання усіх необхідних документів здійснити Страхову виплату у розмірі Страхової суми, встановленої щодо Застрахованої особи відповідно до умов Договору Страхування, за умови виконання усіх перелічених нижче вимог:

- 1) Застрахована особа в результаті Нещасного Випадку або Хвороби стає та залишається повністю непрацездатною, і така непрацездатність не дозволяє їй займатися жодним професійним заняттям або працювати за наймом за винагороду або з метою отримання прибутку, та постійно залишаючись повністю непрацездатною, Застрахована особа помирає протягом 12 (дванадцяти) місяців після призупинення сплати Страхових премій щодо неї за цією Програмою та до моменту коли така Застрахована особа отримала право на Страхову виплату за Програмою групового страхування додаткових ризиків Страхування життя на випадок постійної повної непрацездатності (якщо передбачено умовами Договору Страхування);
- 2) Постійна Повна Непрацездатність настала в період дії цієї Програми щодо Застрахованої особи та до досягнення нею шістдесятирічного віку, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

4. Зміни в умовах страхування окремого працівника

- 4.1. Якщо умови страхування змінюються залежно від віднесення певного працівника до певної категорії або через зміну розміру заробітної плати, будуть застосовуватись такі положення:
 - 4.1.1. Страхувальник розподіляє осіб, які можуть бути застраховані, на категорії (залежно від займаних посад, аналогічних функціональних обов'язків) або класи за розміром заробітної плати, нікого не дискримінуючи при цьому. Такий розподіл не може бути змінений працівником.
 - 4.1.2. Віднесення застрахованих працівників до певної категорії або класу за розміром заробітної плати коригуватиметься автоматично відповідно до нового розміру заробітної плати або нового розподілу за категоріями на дату, визначену в Договорі Страхування. Виключенням є випадки збільшення розміру Страхової суми щодо працівника, який не є таким, що Активно працює на таку дату: щодо такого працівника зміни не наберуть чинності до моменту відновлення його статусу як такого, що Активно працює. Проте якщо протягом 31 (тридцяти одного) дня після зміни у заробітній платі або віднесення до певної категорії з більшою Страховою сумою Страхувальник не сплатить відповідну Страхову премію, необхідну для збільшення Страхової суми, якщо це вимагається, збільшення розміру Страхової суми буде дозволено у день, наступний за днем повернення до Активної роботи, за умови, що працівник надасть Страховикові підтвердження своєї відповідності вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим.

5. Припинення дії Програми

- 5.1. Дія цієї Програми щодо окремого працівника припиняється:
 - 5.1.1. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли Договір Страхування припиняє свою дію;
 - 5.1.2. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли трудовий договір між працівником і Страхувальником припиняє свою дію;
 - 5.1.3. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли працівник перестає відноситись до групи осіб, що відповідають вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим;
 - 5.1.4. О 24 годині 00 хвилин за київським часом останнього дня, встановленого Страховиком для сплати Страхової премії за відповідного працівника;
 - 5.1.5. Наступного дня після закінчення періоду, визначеного Страховиком у вимозі (листі-нагадуванні) щодо сплати відповідної Страхової премії (її частини). Такий період не може бути меншим 1 (одного) місяця;
 - 5.1.6. Відмовою Страховика у здійсненні Страхової виплати через навмисно неправдиві або неповні відповіді працівника та/або Страхувальника на питання про предмет Договору Страхування та інші питання, поставлені Страховиком у письмовій формі.
- 5.2. Припинення дії цієї Програми щодо окремого працівника не призводить до припинення її дії щодо інших Застрахованих осіб за Договором Страхування.
- 5.3. Невідповідність Застрахованої особи критеріям працівника, який Активно працює, буде мати ті самі юридичні наслідки (в тому числі ті, що зазначені в п.5.1 цієї Програми), що і припинення дії трудового договору між працівником і Страхувальником з урахуванням положень пункту 3.3 цієї Програми, якщо інше окремо не узгоджено між Страховиком і Страхувальником в Договорі Страхування.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Голова Правління

_____/Л.В. Белянська/

Директор відділу по роботі
з фінансовими установами

_____/Г.Є.Сиза/

Додаток 1-6

Програма групового страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок встановлення групи інвалідності внаслідок нещасного випадку або хвороби

Наведені нижче спеціальні умови страхування за Програмою групового страхування додаткових ризиків Страхування на випадок встановлення групи інвалідності внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби (надалі – «Програма») діють у разі, якщо Договором Страхування передбачено страхування відповідно до даної Програми.

Ця програма є додатковою до Програми групового страхування основних ризиків за умови виконання вимог Страховика щодо визнання Застрахованої особи такою, яка може бути застрахована, та якщо інше не передбачено Договором Страхування.

1. Визначення термінів

В умовах даної Програми наступні терміни матимуть наведені нижче значення:

I, II, III групи інвалідності – групи інвалідності, встановлені в порядку, визначеному законодавством України, чинним на дату настання Страхового Випадку.

2. Страховий Випадок

2.1. Договором Страхування може бути передбачено страхування за одним з таких варіантів Страхових Випадків:

2.1.1. розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II групи інвалідності, або

2.1.2. розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II, III групи інвалідності (надається виключно за згодою Страховика, зважаючи на характеристики групи Застрахованих осіб); або

2.1.3. розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, що призвів до встановлення Застрахованій особі I групи інвалідності; або розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, що призвів до встановлення Застрахованій особі II, III групи інвалідності; або

2.1.4. розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку або Хвороби, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II групи інвалідності; або розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, що призвів до встановлення Застрахованій особі III групи інвалідності; або

2.1.5. розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II групи інвалідності; або

2.1.6. розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного Випадку, що призвів до встановлення Застрахованій особі I, II, III групи інвалідності.

2.2. У разі настання Страхового Випадку Страховик здійснить Страхову виплату Застрахованій особі. Розмір Страхової виплати визначається як відсоток від Страхової суми згідно із пунктом 4 даної Програми за умови, що:

2.2.1. Нещасний Випадок або Хвороба, що призвели до інвалідності Застрахованої особи, сталися або були вперше діагностовані в період дії цієї Програми згідно з Договором Страхування;

2.2.2. Інвалідність було встановлено впродовж 365-ти календарних днів, що слідували за датою настання Нещасного Випадку або діагностування хвороби, що призвели до такої інвалідності.

2.3. Страхова виплата здійснюється згідно із пунктом 4 даної Програми відповідно до групи інвалідності, встановленої медико-соціальними експертними комісіями (надалі – МСЕК) або іншим уповноваженим органом згідно з чинним законодавством України. Страховик має право вимагати результати медичних обстежень та документи відносно медичних обстежень, та у разі необхідності направляти Застраховану особу на додаткове медичне обстеження стосовно встановлення групи інвалідності.

2.4. Страхова виплата здійснюється на підставі отримання належним чином оформленої та/або засвідченої згідно з чинним законодавством документації, необхідної для підтвердження настання Страхового Випадку та розміру зобов'язань Страховика за даною Програмою.

2.5. Отримання Страхової виплати, що дорівнює 100% Страхової суми за даною Програмою, припиняє дію даної Програми для окремої (певної) Застрахованої особи, але Застрахована особа не втрачає права бути застрахованою за основною програмою групового страхування життя, якщо це не суперечить умовам основної програми групового страхування життя або Договору Страхування. Розмір Страхової виплати за цією Програмою не може перевищувати 100% Страхової суми за цією Програмою.

2.6. Договір Страхування, до складу якого входить ця Програма може передбачати:

2.6.1. Страхову виплату за цією Програмою, що сплачується незалежно від Страхової виплати за основною програмою; або

2.6.2. Страхову виплату за цією Програмою, на суму якої буде зменшено Страхову виплату за основною програмою у разі настання Страхового Випадку.

Якщо інше не передбачено Договором страхування, один з варіантів, викладених у пп.2.6.1-2.6.2 цієї Програми, визначається та погоджується Сторонами в Договорі Страхування.

2.7. Страхова сума за цією Програмою, не може перевищувати 100% Страхової суми за основною програмою групового страхування життя. Страховик може додатково обмежити розмір Страхової суми за згодою Страхувальника в Договорі Страхування.

3. Визначення розміру Страхових виплат

3.1. У разі настання Страхового Випадку Страхова виплата здійснюється згідно з умовами цієї Програми в розмірі Страхової суми, зазначеної в Договорі Страхування, або її частини, визначеної у пункті 3.3 цієї Програми.

3.2. Сторони можуть обирати та визначити в Договорі Страхування один з варіантів розміру Страхових виплат, що здійснюватимуться однією грошовою сумою у випадку встановлення Застрахованій особі інвалідності. Варіанти розміру Страхових виплат наведено у таблиці «Варіанти розміру Страхових виплат» пункту 3.3 цієї Програми.

3.3. Варіанти розміру Страхових виплат

Варіант	Розмір Страхової виплати у % від Страхової суми за цією Програмою у випадку встановлення Застрахованій особі інвалідності		
	I групи	II групи	III групи
I	100	75	50
II	100	80	60

3.4. У випадку, якщо після здійснення Страхової виплати за цією Програмою Застрахована особа залишається застрахованою за цією Програмою та основною програмою групового страхування життя, та якщо їй буде встановлено групу інвалідності, що передбачає більший розмір Страхової виплати, Застрахована особа отримує Страхову виплату, що відповідає такій групі інвалідності, за вирахуванням суми, що вже була виплачена Застрахованій особі за цією Програмою. Загальний розмір Страхових виплат не повинен перевищувати 100% Страхової суми, зазначеної у Договорі Страхування для цієї Програми.

4. Підтвердження, необхідне для здійснення Страхової виплати

4.1. Для здійснення Страхової виплати, заявник зобов'язаний надати Страховикові:

1) Довідку, видану МСЕК про встановлення групи інвалідності з зазначенням висновку про умови та характер праці або інший офіційний документ про встановлення групи інвалідності, встановленої уповноваженим органом відповідно до законодавства України, чинного на дату настання Страхового Випадку;

- 2) Медичну документацію, що розкриває причину інвалідності (виписка з медичної карти стаціонарного/амбулаторного хворого, довідка з лікувального закладу, направлення на МСЕК, або будь-які інші документи, видані МСЕК, тощо);
- 3) Медичну карту амбулаторного хворого;
- 4) Акт про нещасний випадок невиробничого/виробничого характеру (у випадку настання інвалідності внаслідок нещасного випадку);
- 5) Інші документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання інвалідності за запит Страховика, враховуючи особливості конкретного Страхового Випадку;
- 6) Довідку з місця роботи, що підтверджує статус працівника як такого, що є працівником Страхувальника.

Всі документи, що надаються Страховику для підтвердження факту, причин та обставин Страхового Випадку, мають бути надані належним чином у оригіналі або у формі засвідчених у встановленому чинним законодавством України порядку копій (нотаріально або у закладі, що видавав документ).

4.2. Страховик має право робити запити до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ та організацій незалежно від форми власності, що володіють інформацією про причини та обставини Страхового Випадку, а також самостійно з'ясувати причини та обставини Страхового Випадку, які впливають на рішення Страховика під час ухвалення рішення щодо здійснення Страхової виплати.

5. Припинення дії Програми

5.1. Дія цієї Програми щодо окремого працівника припиняється:

5.1.1. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли Договір Страхування припиняє свою дію;

5.1.2. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли трудовий договір між працівником і Страхувальником припиняє свою дію;

5.1.3. О 24 годині 00 хвилин за київським часом дня, коли працівник перестає відноситись до групи осіб, що відповідають вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим;

5.1.4. О 24 годині 00 хвилин за київським часом останнього дня, встановленого Страховиком для сплати Страхової премії за відповідного працівника;

5.1.5. Наступного дня після закінчення періоду, визначеного Страховиком у вимозі (листі-нагадуванні) щодо сплати відповідної Страхової премії (її частини). Такий період не може бути меншим 1 (одного) місяця;

5.1.6. Відмовою Страховика у здійсненні Страхової виплати через навмисно неправдиві або неповні відповіді працівника та/або Страхувальника на питання про предмет Договору Страхування та інші питання, поставлені Страховиком у письмовій формі;

5.1.7. У випадку здійснення виплати 100% Страхової суми.

5.2. Припинення дії цієї Програми щодо окремого працівника не призводить до припинення її дії щодо інших Застрахованих осіб за Договором Страхування.

5.3. Невідповідність Застрахованої особи критеріям працівника, який Активно працює, буде мати ті самі юридичні наслідки (в тому числі ті, що зазначені в п.5.1 цієї Програми), що і припинення дії трудового договору між працівником і Страхувальником, якщо інше окремо не узгоджено між Страховиком і Страхувальником в Договорі Страхування.

5.4. Страхувальник має право припинити дію цієї Програми не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до настання терміну сплати Страхової премії, шляхом надання письмової заяви Страховику, за умови що Договір Страхування зберігає чинність, якщо інше не передбачено Договором Страхування. В такому разі Страховик підтверджує факт припинення дії цієї Програми з ініціативи Страхувальника, оформивши відповідний Додаток до Договору Страхування.

5.5. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику незаробленої частини додаткової Страхової премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Незароблена Частина Страхової премії - це частина додаткової Страхової премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою останнього дня оплаченого строку страхування.

6. Прикінцеві положення

6.1. У випадку змін у законодавстві України щодо встановлення груп інвалідності Сторони можуть узгодити відповідні зміни в Договорі Страхування.

6.2. Застрахованими особами за даною Програмою є повнолітні особи.

6.3. Дія програми поширюється лише на штатних працівників Страхувальника та на осіб, що виконують роботи для Страхувальника на підставі цивільно-правових договорів, укладених із Страхувальником, що є такими як на момент укладання Договору Страхування, так і на момент настання Страхового Випадку, якщо інше окремо не узгоджено між Страховиком і Страхувальником в Договорі Страхування.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Голова Правління

/І.В. Бєлянська/

Директор відділу по роботі
з фінансовими установами

/Т.Є. Сиза/



Програма групового страхування життя на випадок тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного Випадку та Таблиця видів травм та тілесних ушкоджень

Предмет страхування

1.1. Положення цієї Програми складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Договорі Страхування (Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування тощо).

1.2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім'я та по батькові якої зазначаються у Страховому Полісі або у Додатку до Договору Страхування на письмову вимогу Страхувальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом дії Договору Страхування.

1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії зазначається у Страховому Полісі або у Договорі Страхування.

1.4. У разі настання Страхового Випадку Страховик здійснює Страхову Виплату за цією Програмою на користь Застрахованої Особи, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

1.5. Будь-які Страхові Виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з Договором Страхування.

2. Визначення

В цій Програмі наведені нижче терміни матимуть таке значення:

2.1. Нещасний випадок - випадкова, зовнішня, насильницька, раптова, незалежна від Застрахованої Особи та інших обставин подія, спричинена зовнішніми факторами (механічними, тепловими, хімічними, електричними, радіоактивними тощо), що мала місце протягом строку дії Договору Страхування та спричинила тілесні ушкодження, як визначено цією Програмою. Усі інші події не вважатимуться Нещасним випадком згідно з умовами цієї Програми.

2.2. Травма – будь-яке погіршення стану здоров'я Застрахованої Особи, спричинене Нещасним випадком незалежно від того, чи призвело це до непрацездатності Застрахованої Особи.

2.3. Тілесне ушкодження – травма(и), або будь-які наслідки травми, що одержала Застрахована Особа, які зазначені в Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для тілесних ушкоджень та доповненнях до неї (пункт 4 цієї Програми).

3. Страховий Випадок та Страхова Виплата

3.1. Страховим Випадком за цією Програмою є розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, спричинений травмою та/або тілесним ушкодженням.

3.2. В разі настання Страхового Випадку Страховик здійснить Страхову Виплату у розмірі частини Страхової Суми, встановленої для відповідного тілесного ушкодження в Таблиці визначення розміру страхових виплат для травм та тілесних ушкоджень.

3.3. В разі отримання Застрахованою Особою декількох травм або ушкоджень, вказаних в різних розділах таблиці, загальний розмір Страхової Виплати розраховується шляхом підсумовування розмірів виплати по різних розділах.

3.4. В разі отримання Застрахованою Особою декількох травм або ушкоджень, вказаних в різних статтях одного розділу, розмір Страхової Виплати по одній статті розраховується незалежно від розміру Страхової Виплати по інших статтях.

3.5. В разі отримання Застрахованою Особою травм або ушкоджень (в т.ч. однієї кінцівки) за декількома пунктами, перерахованими в одній статті, Страхова Виплата здійснюється лише по пункту, що враховує найбільш важке ушкодження (більший відсоток виплати), якщо інше не вказано в примітках до цієї статті. В разі проведення Застрахованій Особі декількох операцій, обумовлених отриманою травмою або ушкодженням, вказаних в одній статті, Виплата здійснюється за операцію, що передбачає найбільший відсоток Виплати.

3.6. В разі отримання Застрахованою Особою травм або ушкоджень різних кінцівок Страхова Виплата розраховується окремо по кожній пошкодженій кінцівці з дотриманням вимог пункту 3 цих умов (цієї Програми).

3.7. Якщо у зв'язку з отриманою травмою проводилися оперативні втручання, Страхова Виплата здійснюється одноразово у відповідності з таблицею і з дотриманням вимог пункту 3.5.

3.8. Не здійснюється додаткова Страхова Виплата за такі оперативні втручання:

- первинна хірургічна обробка (ушивання країв рани, посічення некротичних ділянок);
- видалення чужорідних тіл, шовного матеріалу;
- повторні планові оперативні втручання, пов'язані з видаленням раніше встановлених фіксуючих пластин, штифтів, шурупів, дренажів.

3.9. При переломах і вивихах (підвивихах) кісток, розривах зчленувань (включаючи синдесмози) для вживання відповідних статей Таблиці

4.1. Страховик має право вимагати рентгенологічне підтвердження вказаних пошкоджень.

3.10. Страхова Виплата у зв'язку з вивихом кістки, вправленим медичним працівником без попередньої рентгенографії, може бути проведена лише у виняткових випадках - за наявності підтверджуючого медичного документа, що зазначає причини, через які не могло бути проведено рентгенологічне дослідження, містить опис об'єктивних симптомів, характерних для конкретного вигляду вивиху, і методики, що застосовувалася при його вправленні.

3.11. Повторні переломи (рефрактури) однієї і тієї ж кістки, що настали в результаті травми, отриманої в період дії Договору Страхування, дають підставу для Страхової Виплати лише в тому випадку, якщо по представлених рентгенограмах будуть встановлені: 1) зрощення відламків кістки після закінчення лікування попередньої травми, 2) наявність нової лінії (ліній) перелому кістки на рентгенограмах, зроблених після повторної травми.

3.12. При визначенні розміру Страхової Виплати з врахуванням строку безперервного лікування, коли це передбачено відповідною статтею Таблиці 4.1., враховується лише призначене медичним працівником (що має на це право) лікування, тривалість якого відповідає характеру пошкодження (згідно з затвердженням МОЗ підходом до лікування), отриманого Застрахованою Особою, - з періодичним (не рідше за один раз в 10 днів) контролем ефективності лікування (при призначенні на прийом або відвідинах медичним працівником).

3.13. При патологічних переломах і вивихах кісток, Страхова Виплата здійснюється лише в тому випадку, якщо захворювання, що послужило їх причиною, розвинулося і було вперше діагностовано в період дії Договору Страхування. Розмір Страхової Виплати при цьому зменшується на 50% в порівнянні з розміром, передбаченим Таблицею 4.1. для переломів і вивихів здорових кісток (включаючи виплати, пов'язані з їх лікуванням).

3.14. При розрахунку Страхової Виплати встановлюється, що 1% поверхні тіла обстежуваного дорівнює площині поверхні долоні його кисті й пальців. Ця площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом перемноження довжини кисті, що вимірюється від променевоzap'ястного суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця на її ширину, що вимірюється на рівні гілок II-V п'ястих кісток (без урахування I пальця).

3.15. Таблиця 4.1. не застосовується і Виплати за цією Програмою не здійснюються в тих випадках, коли факт отримання того або іншого ушкодження в період дії Договору Страхування встановлений тільки на підставі повідомлень і скарг зацікавлених у виплатах осіб, навіть якщо подібні повідомлення і скарги зафіксовані письмово, в т.ч. в медичних документах.

4. Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для травм та тілесних ушкоджень

4.1. Таблиця загальних травм та тілесних ушкоджень:

№	Стаття	Травми та тілесні ушкодження внаслідок нещасного випадку	Розмір страхової виплати (% від
---	--------	--	---------------------------------

			страхової суми)
		Черепно-мозкова травма, нервова система	
1	1.	Перелом кісток черепа: г) скріплення і основи	25
2	3.	Ушкодження головного мозку: д) розмізчування речовини головного мозку (без опису симптоматики)	50
		Органи зору	
3	17.	Ушкодження ока (очей) , що призвело до повної втрати зору єдиного ока або обох очей, які мали зір не нижче 0,2.	100
		Хребет	
4	62.	Перелом, перелоמו-вивих або вивих тіл, дужок, суглобових відростків хребців (за винятком крижів та куприка): в) семи і більше	40
		Ліктьовий суглоб	
5	73.	Ушкодження ділянки ліктьового суглоба: д) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками.	20
		Передпліччя	
6	76.	Незрошений перелом (псевдосуглоб) кісток передпліччя: б) двох кісток Примітка: Страхова виплата за ст. 76 проводиться, якщо це ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичному закладі по закінченні 9 місяців після травми й підтверджене довідкою цього закладу.	20
7	77.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до: а) ампутації передпліччя на будь-якому рівні б) екзартикуляції у ліктьовому суглобі в) ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя Примітка: 1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки передпліччя проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово. 2. Якщо страхова виплата проводиться за статтею 77, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	50 55 100
		Кисть	
8	81.	Ушкодження кисті, що призвело до: б) втрати всіх пальців, ампутації на рівні п'ясних кісток зап'ястя або променевоzap'ястного суглоба в) ампутації єдиної кисті	65 100
		Таз	
9	89.	Ушкодження таза, що призвели до відсутності рухів у тазостегнових суглобах: а) у одному суглобі б) у двох суглобах Примітка: страхова виплата у зв'язку з порушенням функції тазостегнового суглоба (суглобів) проводиться за ст. 89, у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми і підтверджена довідкою цього закладу.	20 40
		Нижня кінцівка. Тазостегновий суглоб	
10	90.	Ушкодження тазостегнового суглоба: б) ізольований відрив вертела (вертелів), черезвертельний (міжвертельний) перелом стегна в) вивих стегна г) перелом головки, шийки, проксимального метафіза стегна Примітка: 1. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження тазостегнового суглоба, страхова виплата проводиться у відповідності до одного з пунктів, який передбачає найважчі ушкодження. 2. Якщо у зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.	10 10 25
		Стегно	
11	92.	Перелом стегна: а) на будь-якому рівні, за винятком ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина) б) подвійний перелом стегна	20 30
12	93.	Перелом стегна, що призвів до утворення незрошеного перелому Примітка: 1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки стегна проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово. 2. Страхова виплата за ст. 93 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення буде встановлено в лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 9 місяців від дня травми й підтверджене довідкою цього закладу.	30
13	94.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації кінцівки на будь-якому рівні стегна: а) однієї кінцівки б) єдиної кінцівки Примітка: якщо страхова виплата була проведена за ст. 94, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	70 100
		Колінний суглоб	
14	95.	Ушкодження ділянки колінного суглоба: в) перелом: надколінника, міжвіросткового підвищення, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки, виростків стегна, черезвіростковий (надвіростковий) перелом стегна, розрив зв'язок, що вимагав оперативного лікування г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з головкою малогомілкової	10 15

		д) вивих гомілки є) перелом дистального метафіза стегна ж) перелом дистального метафіза, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток	15 20 25
		Примітки: 1. При поєднанні різних ушкоджень колінного суглоба, страхова виплата проводиться одноразово у відповідності до одного з пунктів ст. 95, що передбачає найтяжче ушкодження. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки колінного суглоба проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово).	
		Гомілка	
15	97.	Перелом кісток гомілки (за винятком ділянки суглобів) : в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 97 визначається при: - переломах ділянки великогомілкової кістки на будь-якому рівні; - переломах великогомілкової кістки в ділянці ділянки (верхня, середня, нижня третина) та переломах малоомілкової кістки у верхній або середній третині	15
16	99.	Травматична ампутація або ушкодження, що призвело до: а) ампутації гомілки на будь-якому рівні б) екзартикуляції в колінному суглобі в) ампутації єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки Примітки: якщо страхова виплата була проведена у зв'язку з ампутацією гомілки, додатково виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	50 60 100
		Стопа	
17	103.	Ушкодження стопи: в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яркової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих в поперековому суглобі стопи (Шопара) або передплюсне-плюсньовому суглобі (Лісфранка)	15
		Примітки: Якщо у зв'язку з переломом або вивихом кісток проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово. При переломах або вивихах кісток стопи, які настали внаслідок різних травм, страхова виплата проводиться з урахуванням факту кожної травми.	

4.2. Таблиця Страхових виплат, що здійснюються у зв'язку з отриманням Застрахованою Особою опіків (у відсотках від Страхової Суми)

Термічні та хімічні опіки			
1	116.	Ушкодження площею від 21 % до 59 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (ІІІБ, ІV ступеня) до 40 % поверхні тіла	25
2	117.	Ушкодження площею від 60 % і більше поверхні тіла, у тому числі глибокі (ІІІБ, ІV ступеня) від 40 % поверхні тіла та більше	45
		*Примітка: страхова виплата по опіковій хворобі наведена у ст. 60	
		Примітка: отримання внаслідок травми рани до 2 кв. см та глибиною до підшкірної клітковини не дає підстав для здійснення страхової виплати.	

4.3.1. Доповнення до Таблиці Страхових Виплат, що здійснюються у зв'язку зі зниженням зору Застрахованої Особи через травму, отриману внаслідок Нещасного випадку:

4.3.1.1. Якщо немає даних щодо гостроти зору Застрахованої Особи до отриманої нею травми ока, то вона вважається такою самою, як гострота зору неушкодженого ока. Однак, якщо гострота зору неушкодженого ока виявляється нижчою за гостроту зору ушкодженого ока, вважається, що гострота зору ушкодженого ока до отримання травми дорівнювала 1;

4.3.1.2. Якщо обидва ока Застрахованої Особи були ушкоджені, і немає даних щодо гостроти їх зору до отримання травми, то вважається, що гострота їхнього зору до отримання травми дорівнювала 1.

5. Виключення зі Страхових Випадків та обмеження страхування

5.1. Страхові Виплати здійснюються за умови, що Страховий Випадок викликаний зовнішніми, насильницькими та випадковими подіями;

5.2. Випадки, передбачені у пункті 3 цієї Програми, не визнаються Страховим Випадком, якщо вони є наслідком, прямо або опосередковано, будь-яких обставин, зазначених в статті 4 «Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування» Правил (якщо інше не передбачено Договором Страхування);

5.3. Додатково до пункту 5.2 цієї Програми Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:

5.3.1. Порушення Застрахованою Особою правил техніки безпеки праці, правил протипожежної безпеки, правил дорожнього руху;

5.3.2. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на аматорському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, повітряним спортом, альпінізмом, дайвінгом (глибше, ніж 40 м), стрільбою;

5.3.3. Участь у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;

5.3.4. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності, а також несприятливі наслідки діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу Страхового Випадку, який стався в період дії Договору страхування;

5.4. Страхову Виплату буде здійснено за умови, що Страховий Випадок мав місце протягом дії цієї Програми.

6. Письмова заява про настання Страхового Випадку

6.1. Письмова заява має бути подана Страховику не пізніше, ніж протягом 3 (трьох) календарних днів після настання випадку, який може бути визнаний Страховим Випадком згідно з цією Програмою, якщо інше не передбачено Договором страхування. У разі наявності поважних причин, що перешкоджають поданню такого повідомлення та які пов'язані зі станом здоров'я Застрахованої Особи або іншими обставинами, Страховик може вимагати підтвердження таких причин шляхом надання Застрахованою Особою/Страховальником відповідних офіційних документів.

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

6.3. Виписка з медичної карти стаціонарного хворого із зазначенням точного діагнозу, виписний епікриз, інші документи, які містять всі медичні записи та документи щодо проведеного лікування, та інші документи, що підтверджують факт, обставини та наслідки Страхового Випадку, мають бути надані Страховику на його вимогу в кожному випадку.

7. Початок дії Програми

Датою початку дії цієї Програми буде дата початку дії Програми страхування основних ризиків Договору Страхування, якщо тільки цю Програму не було введено в дію та виключено до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у Договорі Страхування або відповідному Додатку до Договору Страхування.

Договір Страхування, що включає дану програму, укладається у письмовій формі. Договір Страхування також вважається укладеним у письмовій формі, якщо укладання відбулося шляхом електронного підпису, в тому числі за допомогою інформаційно-телекомунікаційних систем.

8. Припинення дії Програми

8.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення.

8.2. Дія цієї Програми припиняється, та Страховик звільняється від своїх відповідних зобов'язань до наступної річниці дії Програми у випадку виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі - здійснення виплати 100% Страхової Суми внаслідок одного або кількох Нешасних Випадків у випадку тілесних ушкоджень Застрахованої Особи. Зобов'язання Страховика може бути поновлено у разі сплати наступної Страхової Премії за Програмою.

8.3. Додатково до статті 18 Правил дія цієї Програми припиняється:

8.3.1. Якщо Застраховану Особу визнано психічно хворою; або

8.3.2. Страхова Премія за цією Програмою або Програмою страхування основних ризиків не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду, якщо інше не передбачено Договором Страхування; або

8.3.3. Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Сплаченого Договору Страхування, як передбачено Правилами, або дію Програми страхування основних ризиків було припинено на будь-яких підставах, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

8.4. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії припиняється і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику, відповідно до чинного законодавства України, незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми (окрім випадків, передбачених пунктом 8.2 цієї Програми). Незароблена частина Страхової Премії - це частина Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.

9. Прикінцеві положення

9.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил щодо:

9.1.1. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);

9.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);

9.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);

9.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);

9.1.5. Положення про індексацию для Програми страхування додаткових ризиків (Додаток 1-17) та Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25 до Правил).

9.2. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цією Програмою. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду Страховика. Зміна набуватиме чинності з річниці дії цієї Програми. Страхувальник має право відмовитися від таких змін протягом тридцяти днів. Якщо Страхувальник відмовляється прийняти зміни, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці її дії шляхом письмового повідомлення Страхувальника.

9.3. Страховик має право відмовитися вносити будь-які зміни до Договору Страхування після настання Страхового Випадку за цією Програмою.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Голова Правління

Львів, Бельгійська

Директор відділу по роботі

з фінансовими установами

код 32109900

Г.С.Сиза

Програма групового страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок критичного захворювання

1. Страхувальний випадок

1.1. Страхувальним випадком за цією програмою є діагностування у Застрахованої особи критичного захворювання/стану протягом дії Договору Страхування. Перелік та спеціальні визначення хвороб, критичних захворювань/станів за таким Страхувальним Випадком наведено у розділі 2 «Визначення» цієї Програми.

1.2. За згодою Сторін Договором Страхування може бути передбачений будь-який з таких варіантів переліку критичних захворювань/станів, діагностування яких є Страхувальним Випадком за цією Програмою:

1.2.1. Варіант I – 6 хвороб/станів: Рак, Інфаркт міокарда, Інсульт, Ниркова недостатність, Хірургічне лікування коронарної артерії, Трансплантація життєво важливих органів/ трансплантація кісткового мозку;

1.2.2. Варіант II - 11 хвороб/станів: Рак, Інфаркт міокарда, Інсульт, Ниркова недостатність, Хірургічне лікування коронарної артерії, Трансплантація життєво важливих органів/ трансплантація кісткового мозку, Сліпота (Втрата зору), Параліч (Втрата функції кінцівок), Хірургічне лікування захворювань аорти, Хірургічне втручання на серцевому клапані, Розсіяний склероз;

1.2.3. Варіант III - 20 хвороб/станів: Рак, Інфаркт міокарда, Інсульт, Ниркова недостатність, Хірургічне лікування коронарної артерії, Трансплантація життєво важливих органів/трансплантація кісткового мозку, Сліпота (Втрата зору), Параліч (Втрата функції кінцівок), Хірургічне лікування захворювань аорти, Хірургічне втручання на серцевому клапані, Розсіяний склероз, Термінальна стадія печінкової недостатності, Глухота (втрата слуху), Численні (масивні) опіки, Хвороба Паркінсона, Хвороба Альцгеймера/Тяжка деменція (у віці до 60 років), Доброякісна пухлина головного мозку, Енцефаліт, Бактеріальний менингіт, Тяжка травма голови, Злоякісна анемія, Термінальна стадія захворювання легень, Коматозний стан, Втрата мовлення, Блискавичний вірусний гепатит, Первинна легенева гіпертензія, Смертельна невиліковна хвороба, Поліомієліт, Апіалічний синдром, Інші тяжкі захворювання коронарних артерій, Склеродермія, що прогресує, Системний (еритематозний) червоний вовчак.

1.2.4. Варіант IV – 32 хвороби/стани - Рак, Інфаркт міокарда, Інсульт, Ниркова недостатність, Хірургічне лікування коронарної артерії, Трансплантація життєво важливих органів/трансплантація кісткового мозку, Сліпота (Втрата зору), Параліч (втрата функції кінцівок), Хірургічне лікування захворювань аорти, Хірургічне втручання на серцевому клапані, Розсіяний склероз, Термінальна стадія печінкової недостатності, Глухота (втрата слуху), Численні (масивні) опіки, Хвороба Паркінсона, Хвороба Альцгеймера/Тяжка деменція (у віці до 60 років), Доброякісна пухлина головного мозку, Енцефаліт, Бактеріальний менингіт, Тяжка травма голови, Злоякісна анемія, Термінальна стадія захворювання легень, Коматозний стан, Втрата мовлення, Блискавичний вірусний гепатит, Первинна легенева гіпертензія, Смертельна невиліковна хвороба, Поліомієліт, Апіалічний синдром, Інші тяжкі захворювання коронарних артерій, Склеродермія, що прогресує, Системний (еритематозний) червоний вовчак.

1.3. За згодою Сторін Договором Страхування перелік критичних захворювань/станів, діагностування яких є Страхувальним Випадком за таким Договором Страхування може бути змінено. У такому випадку точний перелік Страхувальних Випадків буде зазначено у Договорі Страхування або у відповідному Додатку до Договору Страхування, що визначатиме відповідні умови страхування.

2. Визначення

2.1. У цій Програмі використовуються такі визначення:

2.1.1. Рак:

Злоякісна пухлина, що характеризується неконтрольованим ростом та розповсюдженням злоякісних клітин, що супроводжується інвазією та деструкцією нормальної тканини та її руйнуванням. Цей діагноз має бути підтверджений результатами гістологічного дослідження та засвідчений лікарем-онкологом або лікарем-патологом. Наведене нижче є виключенням:

1) Пухлини з ознаками злоякісних змін у вигляді *carcinoma-in-situ* та пухлини, які гістологічно означені як передракові або не інвазивні, включаючи, але не обмежуючись: *carcinoma-in-situ* молочних залоз, дисплазія шийки матки CIN-1, CIN-2 та CIN-3;

2) Гіперкератози, базальноклітинний та плоскоклітинний рак шкіри, меланоми менше ніж 1,5 мм товщини по Бреслоу або менш, ніж рівень 3 за Кларком, якщо не виявлено метастазів;

3) Рак передміхурової залози, внаслідок чого результати гістологічного дослідження до класу T1a або T1b за класифікацією TNM, або рак передміхурової залози еквівалентних або більш ранніх стадій за іншими класифікаціями, T1N0M0 папілярна мікрокарцинома щитовидної залози менше 1 см в діаметрі, папілярна мікрокарцинома сечового міхура та хронічний лімфолейкоз в стадії нижче, ніж стадія 3 RAI, за умови врахування п.3.5. розділу 3.;

4) Усі пухлини за наявності ВІЛ-інфекції, Синдрому Набутого Імунодефіциту, позитивного тесту на ВІЛ, ВІЛ-асоційованого комплексу.

2.1.2. Інфаркт Міокарду:

Некроз частини серцевого м'язу, що виникає через недостатнє кровопостачання до відповідної ділянки. Цей діагноз підтверджується наявністю одночасно трьох або більше з наступних критеріїв нового інфаркту міокарду:

1) Типовий біль за грудиною в анамнезі;

2) Свіжі зміни на електрокардіограмі (ЕКГ), що свідчать про наявність інфаркту;

3) Діагностично значуще, суттєве підвищення рівня ферменту серцевого м'язу;

4) Діагностично значуще підвищення рівня Тропоніну (Т або I);

5) Визначена через 3 місяці або більше після випадку фракція викиду лівого шлуночка менш ніж 50%;

6) Гостре порушення скорочувальної функції м'язів.

2.1.3. Інсульт: Гостре порушення мозкового кровообігу, включаючи інфаркт мозкової тканини, внутрішньомозковий та субарахноїдальний крововилив, емболію та тромбоз судин головного мозку. Цей діагноз має відповідати всім наведеним нижче умовам:

1) Наявність постійних неврологічних порушень, які підтверджуються лікарем-неврологом не менш ніж через 6 тижнів після випадку;

2) Дані магнітно-резонансної томографії, комп'ютерної томографії або іншого достовірного візуального методу дослідження, що відповідають діагнозу нового інсульту.

Такі стани є виключенням:

1) Транзиторні ішемічні атаки;

2) Ураження головного мозку внаслідок нещасного випадку або травми, інфекції, васкуліту або запального процесу;

3) Захворювання судин з ураженням ока або зорового нерву;

4) Ішемічні порушення вестибулярної системи;

5) Оборотно ішемічне неврологічне порушення (напад).

2.1.4. Ниркова недостатність: Хронічна незворотна недостатність функції обох нирок, що вимагає постійного гемодіалізу або трансплантації нирки.

2.1.5. Коронарне шунтування: Фактично перенесене протягом дії Програми хірургічне втручання з розкриттям грудної клітки з метою корекції звуження або закупорки однієї або кількох коронарних артерій методом шунтування. Цей діагноз має бути підтверджений ангіографічними даними значної обструкції коронарної артерії, та процедура має бути призначена лікарем-кардіологом за медичними показаннями. Ангіопластика та всі інші внутрішньо артеріальні малоінвазивні втручання, ендоскопічні та лазерні процедури є виключенням.

2.1.6. Трансплантація життєво важливих органів/трансплантація кісткового мозку:

Пересадка Застрахованій Особі:

1) Кісткового мозку людини, при якій використовуються гемопоетичні стовбурові клітини після повного видалення (екстирпації) кісткового мозку; або

2) Одного з таких органів людини: серця, легень, печінки, нирки, підшлункової залози, що є наслідком незворотної кінцевої стадії недостатності відповідного органу.

Інші трансплантації стовбурових клітин є виключенням.

2.1.7. Сліпота (Втрата зору): Повна та невідновна втрата зору на обидва ока внаслідок хвороби або нещасного випадку. Сліпота має бути підтверджена лікарем-офтальмологом.

2.1.8. Параліч (втрата функцій кінцівок): Повна та незворотна втрата функцій не менш ніж двох кінцівок внаслідок травми або захворювання. Цей стан має бути підтверджений лікарем-неврологом.

Ушкодження, що завдані самому собі, є виключенням.

2.1.9. Хірургічне втручання на аорті: Фактично перенесене порожнинне хірургічне втручання з метою корекції аневризми, звуження, обструкції або розшарування аорти за допомогою хірургічного отвору в грудній клітці або животі. З метою визначення, під терміном маються на увазі грудна та черевна частини аорти, але не її гілки.

Малоінвазивні або внутрішньоартеріальні методики є виключенням.

2.1.10. Хірургічне втручання на серцевому клапані: Фактично перенесене хірургічне втручання на відкритому серці з метою заміни або усунення дисфункцій серцевого клапану. Діагноз патології (ураження) серцевого клапану має бути підтверджений результатами катетеризації серця або ехокардіографії, та процедура має бути рекомендована за медичними показаннями лікарем-кардіологом.

2.1.11. Розсіяний склероз (достовірне виявлення розсіяного склерозу).

Діагноз повинен бути підтверджений усіма наведеними нижче ознаками:

- 1) Результати досліджень, що беззаперечно підтверджують діагноз розсіяного склерозу;
- 2) Множинний неврологічний дефіцит (неврологічна симптоматика), що має місце протягом 6 місяців;
- 3) Належним чином задокументовані загострення та ремісії названих симптомів та неврологічних дефіцитів в анамнезі.

Інші випадки неврологічних порушень, пов'язані з ВІЛ - інфекцією або з СЧВ (системний червоний вовчак) є виключеннями.

2.1.12. Термінальна стадія печінкової недостатності:

Термінальна стадія печінкової недостатності, що підтверджується наведеним нижче:

- 1) Постійна жовтяниця;
- 2) Асцит;
- 3) Печінкова енцефалопатія;
- 4) Порушення функції згортання крові (тромбоутворення).

Вторинна печінкова недостатність, що зумовлена зловживанням алкоголю або наркотичних речовин виключаються та Страхова Виплата за ними не здійснюється.

2.1.13. Глухота (втрата слуху): Повна та невідновна втрата слуху на обидва вуха внаслідок нещасного випадку або хвороби. Цей діагноз має бути підтверджений результатами аудіометрії або тестів на визначення звукового порогу (sound - threshold tests), та засвідчений висновком лікаря - оториноларинголога (ЛОР - лікаря).

Термін «повна» – означає втрату щонайменше 80 децибел на всіх частотах слухового сприйняття.

2.1.14. Масивні опіки: Глибокі опіки з ураженням всіх шарів шкіри 3Б, 4 ступеню (або третього ступеню за міжнародною шкалою тяжкості опіків), які займають не менш ніж 20% поверхні тіла Застрахованої Особи.

2.1.15. Хвороба Паркінсона (віці до 65 років):

Чітко встановлений діагноз хвороби Паркінсона ідеопатичного походження лікарем-неврологом. Цей діагноз має бути підтверджений всіма з таких станів:

- 1) Захворювання не піддається медикаментозній корекції;
- 2) Ознаки прогресуючого погіршення;
- 3) Неспроможність Застрахованої Особою виконувати (за допомогою або без) не менш ніж 3 з наступних 6 «видів щоденної життєдіяльності» протягом не менш ніж 6 місяців:

Види щоденної життєдіяльності:

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

Паркінсонізм, викликаний наркотичними речовинами або отруєнням, є виключенням.

2.1.16. Хвороба Альцгеймера/Тяжка деменція (у віці до 65 років)

Погіршення або втрата розумових здібностей, які підтверджені результатами клінічних досліджень та достовірних візуальних методів діагностики, причиною яких є хвороба Альцгеймера або незворотні органічні розлади, що призводять до істотного зниження розумових і соціальних здібностей та потребують постійного догляду за Застрахованою Особою. Цей діагноз має бути клінічно засвідчений відповідним спеціалістом та підтверджений лікарем-консультантом, призначеним Страховиком.

Наведене нижче є виключенням:

- 1) Неорганічні хвороби, такі як невроз та психіатричні хвороби;
- 2) Пошкодження головного мозку, пов'язані зі вживанням алкоголю.

2.1.17. Доброякісна пухлина головного мозку:

Доброякісна пухлина головного мозку, що відповідає усім наведеним нижче умовам:

- 1) Є загрозою для життя;
- 2) Заподіяла ушкодження головного мозку;
- 3) Пухлина видалена хірургічним шляхом або, в разі, якщо пухлина не підлягає хірургічному видаленню, призвела до постійного неврологічного дефіциту;
- 4) Наявність пухлини має бути засвідчена лікарем-неврологом або нейрохірургом, а також підтверджена результатами магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ), або інших достовірних візуальних методів діагностики.

Наведене нижче є виключенням:

- 1) Кісти;
- 2) Гранульоми;
- 3) Судинні мальформації;
- 4) Гематоми;
- 5) Пухлини гіпофіза або спинного мозку.

2.1.18. Енцефаліт: Тяжке запалення речовини головного мозку (півкулі головного мозку, мозкового стовбура або мозочку), що викликане вірусною інфекцією та призводить до постійного неврологічного дефіциту. Цей діагноз має бути засвідчений лікарем-неврологом, а також постійний неврологічний дефіцит має бути задокументований щонайменше 6 (шість) тижнів.

Енцефаліт, викликаний ВІЛ-інфекцією, є виключенням.

2.1.19. Бактеріальний менінгіт: Бактеріальна інфекція, що призводить до тяжкого запалення оболонок головного мозку або спинного мозку, результатом якого є виражений незворотний та постійний неврологічний дефіцит. Неврологічний дефіцит має безперервно тривати не менше 6 (шести) тижнів. Цей діагноз має бути підтверджений:

- 1) Наявністю бактеріальної інфекції в спинномозковій рідині при люмбальній пункції;
- 2) Лікарем-неврологом.

Бактеріальний менінгіт за наявності ВІЛ-інфекції є виключенням.

2.1.20. Тяжка травма голови: Травма голови внаслідок нещасного випадку, що призводить до постійного неврологічного дефіциту, який має бути оцінений не раніше ніж через 6 (шість) тижнів від дати нещасного випадку. Цей діагноз має бути засвідчений лікарем-неврологом і підтверджений однозначними результатами магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ), або іншими достовірними

візуальними методами діагностики. Нещасний випадок має бути спричинений виключно та безпосередньо випадковими, насильницькими, зовнішніми і очевидними засобами та бути незалежним від всіх інших причин

Наведене нижче є виключенням:

1) Травма спинного мозку; 2) Ушкодження голови внаслідок будь-яких інших причин.

2.1.21. Апластична анемія: Хронічне, стійке ураження кісткового мозку, що викликає анемію, нейтропенію та тромбоцитопенію, що вимагає лікування хоча б одним з таких методів:

- 1) Переливання препаратів крові; 2) Використання стимуляторів кісткового мозку; 3) Використання імуносупресорів;
- 4) Трансплантації кісткового мозку.

Діагноз має бути підтверджений висновком лікаря-гематолога.

2.1.22. Термінальна стадія захворювання легень: Термінальна стадія захворювання легень, що спричиняє хронічну дихальну недостатність та відповідає всім наведеним нижче критеріям:

- 1) Стійке зниження об'єму форсованого видиху на першій секунді (ОФВ1, FEV1) до значення менше ніж 1 літр;
- 2) Постійна підтримуюча оксигенотерапія для корекції гіпоксії;
- 3) Рівень парціального тиску кисню артеріальної крові 55 мм ртутного стовпчика або менше ($PaO_2 \leq 55$ мм рт. ст.);
- 4) Задихка у спокої;
- 5) Легенева гіпертензія вище за 60 мм.

Цей діагноз повинен бути підтверджений лікарем-пульмонологом.

2.1.23. Кома: Безперервне перебування у стані коми щонайменше 96 (дев'яносто шість) годин. Даний діагноз повинен бути підтверджений всіма наведеними нижче фактами:

- 1) Відсутність реакції на зовнішні подразники як мінімум протягом 96 (дев'яносто шести) годин;
- 2) Необхідність застосування заходів для підтримання життєдіяльності;
- 3) Ураження головного мозку, що призводить до постійного неврологічного дефіциту, який має бути підтверджений не раніше ніж через 30 днів після настання коми.

Виключення становить кома, спричинена алкогольною або наркотичною залежністю. Страхова Виплата в такому випадку не здійснюється.

2.1.24. Втрата мови: Повна та незворотна втрата здатності розмовляти як результат травми або захворювання голосових зв'язок. Має бути встановлено, що нездатність розмовляти триває безперервно протягом 12 місяців. Цей діагноз має бути підтверджений лікарем - отоларингологом (ЛОР - лікарем). Всі порушення, спричинені психічними розладами, є виключенням.

2.1.25. Фульмінантний гепатит:

Субмасивний або масивний некроз печінки викликаний вірусом гепатиту, що приводить до стрімкого розвитку печінкової недостатності. Цей діагноз має бути підтверджений усім з перерахованого нижче:

- 1) Стрімке зменшення розміру печінки;
- 2) Некроз із залученням цілих часточок, що залишає тільки ретикулярну строму, що спалася;
- 3) Стрімке погіршення функціональних тестів печінки;
- 4) Прогресуюча жовтяниця;
- 5) Печінкова енцефалопатія.

2.1.26. Первинна легенева гіпертензія:

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

1. Середній тиск в легеневій артерії > 40 мм рт.ст.; та
2. Судинний супротив у легеневій артерії > 3 (мм / л) / хв., а також
3. Нормальний тиск заклинювання в легневих капілярах < 15 мм рт. ст.

Існують показання до катетеризації серця, однак щодо переліку діагностичних критеріїв катетеризація серця необхідна лише для тиску в легеневій артерії. Щодо трьох інших критеріїв, як зазначено нижче, катетеризація серця не потребується:

- ЕКГ ознаки гіпертрофії правого серця (RV1 плюс SV5 $> 1,05$ мВ);
- Зниження концентрації кисню в крові у стані спокою; та
- Ехо-кардіографія: збільшений діаметр правого шлуночка > 30 мм.

Усе вищенаведене підтверджує діагноз, але не може слугувати підставою для діагностування первинної легеневої гіпертензії. Діагностичними критеріями, отриманими за допомогою катетеризації серця є:

- Середній тиск у легеневій артерії ≥ 25 мм рт.ст. у стані спокою;
- Середній тиск заклинювання в легневих капілярах < 15 мм (з метою включення легеневої гіпертензії внаслідок захворювань лівих відділів серця).

2.1.27. Смертельні хвороби: Заключний діагноз хвороби, яка очікувано призводить до смерті Застрахованої Особи протягом 12 місяців. Цей діагноз має бути підтверджений фахівцем та засвідчений лікарем-консультантом, призначеним Компанією. Смертельні хвороби за наявності ВІЛ-інфекції є виключенням.

2.1.28. Поліомієліт: Виникнення поліомієліту, що відповідає наведеним нижче умовам:

- 1) Вірус поліомієліту визначено причиною захворювання;
- 2) Наявність паралічу м'язів кінцівок або дихальних м'язів, що триває щонайменше 3 (три) місяці.

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

2.1.30. Інші тяжкі захворювання коронарних артерій:

Звуження просвіту як мінімум однієї коронарної артерії не менш ніж на 75% та двох інших не менш ніж на 60%, що підтверджено результатами коронарної артеріографії, незалежно від того, чи було виконане будь-яке хірургічне втручання на коронарній артерії.

В даному випадку під коронарною артерією мається на увазі ліва коронарна артерія, ліва передня низхідна, огинаюча та права коронарна артерія. Діагноз має бути підтверджений всіма наведеними нижче умовами:

- 1) Обмеження фізичної активності;
- 2) Депресія сегмента ST не менше ніж на 2 мм в 2 (двох) відведеннях при ЕКГ з навантаженням;
- 3) Погіршення скоротливості не менш ніж двох сегментів серцевого м'язу, при виконанні стрес-ЕхоКГ.

2.1.31. Прогресуюча склеродермія: Системне судинно-колагенове захворювання, що викликає прогресуючий дифузний фіброз шкіри, кровоносних судин та внутрішніх органів. Цей діагноз має бути безсумнівно та однозначно підтверджений результатами біопсії та серологічних тестів, а сама хвороба має досягти системного розповсюдження з залученням серця, легень або нирок.

Наведене нижче є виключенням:

- 1) Вогнищева склеродермія (лінійна склеродермія або кільцеподібна склеродермія (Морфеа));
- 2) Еозинофільний фасцит;
- 3) CREST-синдром.

2.1.32. Системний червоний вовчак з люпус-нефритом: Полісистемне, поліфакторіальне, аутоімунне захворювання, яке характеризується утворенням ауто-антитіл до власної ниркової тканини. В даній Програмі системний червоний вовчак обмежений такими формами системного червоного вовчака, які протікають з залученням нирок (з III по V клас люпус-нефриту, який підтверджений результатами біопсії нирок, і відповідно до ВООЗ класифікації). Заключний діагноз має бути засвідчений сертифікованим лікарем-ревматологом, лікарем-імунологом, або лікарем-нефрологом.

Класифікація люпус-нефриту за ВООЗ:

Клас I: Люпус-гломерулонефрит з мінімальними змінами;
 Клас II: Мезангіальний люпус-гломерулонефрит;
 Клас III: Фокальний сегментарний проліферативний люпус-гломерулонефрит;
 Клас IV: Дифузний проліферативний люпус-гломерулонефрит;
 Клас V: Мембранозний люпус-гломерулонефрит;
 Клас VI: Розвинутий склеротичний люпус-гломерулонефрит.

3. Розміри Страхової виплати та Період очікування

3.1. Страхова виплата здійснюється згідно з умовами цієї Програми в розмірі Страхової суми, зазначеної в Договорі Страхування.

3.2. Договір Страхування, до складу якого входить ця Програма може передбачати:

3.2.1. Страхову виплату за цією Програмою, що сплачується незалежно від виплати за основною програмою за Договором Страхування.

3.2.2. Страхову виплату за цією Програмою, на суму якої буде зменшено виплату за основною програмою за Договором Страхування у разі настання Страхового Випадку.

3.3. Страхова виплата здійснюється тільки за умови, якщо Застрахована особа є живою протягом 30 (тридцяти) календарних днів після:

3.3.1. дати встановлення діагнозу одного з захворювань, зазначених у пунктах 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.7, 2.1.8, 2.1.11, 2.1.12, 2.1.13, 2.1.14, 2.1.15, 2.1.16, 2.1.17, 2.1.18, 2.1.19, 2.1.20, 2.1.21, 2.1.22, 2.1.23, 2.1.24, 2.1.25, 2.1.26, 2.1.27, 2.1.28, 2.1.29, 2.1.30, 2.1.31, 2.1.32 цієї Програми; або

3.3.2. дати проведення хірургічного втручання у зв'язку з хворобами, зазначеними в пунктах 2.1.5, 2.1.6, 2.1.9, 2.1.10 цієї Програми.

Обов'язковою умовою здійснення Страхової виплати є виникнення симптомів захворювання/проведення хірургічного втручання після 90 (дев'яноста) днів з дати початку дії цієї Програми (надалі – «Період очікування»).

3.4. У разі виникнення одного чи декількох захворювань/станів або проведення операцій, зазначених в п. 2.1 цієї Програми, одночасно або послідовно Страхова виплата буде здійснюватись одноразово в розмірі Страхової суми, зазначеної для цієї Програми в Договорі Страхування.

3.5. У разі дігностування у Застрахованої особи злоякісного новоутворення (рак), але розмір/стадія злоякісного новоутворення (пухлини) є недостатнім для визнання такого випадку Страховим та здійснення Страхової виплати згідно з умовами Правил, то факт діагностування визнається Страховим Випадком за наступних умов:

- дотримання усіх інших умов Програми та Правил; та

- якщо з приводу такого діагнозу Застрахованій особі було проведено операцію з видалення такого новоутворення, що мало своїм наслідком видалення усього органу, шу був уражений новоутворенням.

3.6. В разі смерті Застрахованої особи належна їй за умовами цієї Програми, але не одержана нею Страхова виплата буде здійснена Вигодонабувачеві, або, якщо Вигодонабувача не призначено, - згідно з чинним законодавством.

4. Виключення зі Страхових Випадків

4.1. Додатково до положень пункту 4. Правил Страхова виплата за цією Програмою не буде здійснюватись у разі:

4.1.1. Якщо Застрахована особа помирає протягом Періоду очікування після дати встановлення діагнозу захворювання/стану, щодо якого здійснювалося страхування;

4.1.2. У разі захворювання/стану, що входить до переліку Страхових Випадків, яке було діагностовано або щодо якого було проведено лікування до початку дії цієї Програми щодо Застрахованої особи, або про яке йому було відомо на дату початку дії цієї Програми, окрім випадків, якщо Договір Страхування діяв та страхові послуги безперервно надавались протягом повних 3 (трьох) років після з дати введення в дію Договору Страхування;

4.1.3. Якщо в процесі розгляду Страхового випадку було виявлено, що до дати початку дії цієї Програми будь-якій із Застрахованих осіб за Договором Страхування було діагностовано одну з хвороб/станів, що входять до переліку Страхових Випадків за Договором Страхування або однієї із Застрахованих осіб було рекомендовано одне з хірургічних втручань, що входять до переліку Страхових Випадків за Договором Страхування, то перелік Страхових Випадків щодо такої Застрахованої особи буде обмежено згідно з Таблицею обмежень переліку Страхових Випадків залежно від хвороб/станів, що передували даті початку дії Програми, наведеною у пункті 4.2 цієї Програми, окрім випадків, якщо Договір Страхування діяв та страхові послуги надавались безперервно протягом повних 3 (трьох) років після з дати введення в дію Договору Страхування.

4.2. Таблиця обмежень переліку Страхових Випадків залежно від хвороб/станів, що передували даті початку дії Програми

Хвороба/стан, що передували даті початку дії Програми	Виключення зі Страхових Випадків за Програмою (пункт Програми)
Рак (згідно з п.2.1.1 цієї Програми)	2.1.1, 2.1.6
Інфаркт Міокарда (згідно з п.2.1.2 цієї Програми)	2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.6, 2.1.7, 2.1.9
Інсульт (згідно з п.2.1.3 цієї Програми)	2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.6, 2.1.7, 2.1.8, 2.1.9
Ниркова недостатність (згідно з п.2.1.4 цієї Програми)	2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.6, 2.1.9
Хірургічне лікування коронарної артерії (згідно з п.2.1.5 цієї Програми)	2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.6, 2.1.7, 2.1.9
Трансплантація життєво важливих органів/трансплантація кісткового мозку (згідно з п.2.1.6 цієї Програми)	2.1.1, 2.1.2, 2.1.4, 2.1.6, 2.1.7, 2.1.9
Сліпота (Втрата зору) (згідно з п.2.1.7 цієї Програми)	2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.6, 2.1.7, 2.1.9
Параліч (втрата функції кінцівок) (згідно з п.2.1.8 цієї Програми)	2.1.3, 2.1.8, 2.1.9
Хірургічне лікування захворювань аорти (згідно з п.1.1.9 цієї Програми)	2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.6
Хірургічне втручання на серцевому клапані (згідно з п.2.1.10 цієї Програми)	2.1.5, 2.1.9
Розсіяний склероз (згідно з п.2.1.11 цієї Програми)	Виключень немає
Термінальна стадія печінкової недостатності (згідно з п.2.1.12 цієї Програми)	2.1.25
Глухота (Втрата слуху) (згідно з п.2.1.13 цієї Програми)	Виключень немає
Численні (масивні) опіки (згідно з п.2.1.14 цієї Програми)	2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.6, 2.1.7, 2.1.9
Хвороба Паркінсона (згідно з п.2.1.15 цієї Програми)	2.1.15
Хвороба Альцгеймера/тяжка деменція (у віці до 60 років) (згідно з п.2.1.16 цієї Програми)	Виключень немає
Доброякісна пухлина головного мозку (згідно з п.2.1.17 цієї Програми)	2.1.1, 2.1.2, 2.1.3, 2.1.6, 2.1.11, 2.1.20
Енцефаліт (згідно з п.2.1.18 цієї Програми)	2.1.19, 2.1.20
Бактеріальний менингіт (згідно з п.2.1.19 цієї Програми)	2.1.18, 2.1.20
Тяжка травма голови (згідно з п.2.1.20 цієї Програми)	2.1.18, 2.1.19
Злоякісна анемія (згідно з п.2.1.21 цієї Програми)	2.1.1, 2.1.6
Термінальна стадія захворювання легенів (згідно з п.2.1.22 цієї Програми)	2.1.22
Коматозний стан (згідно з п.2.1.23 цієї Програми)	Усі хвороби/стани є виключенням

Втрата мовлення (згідно з п.2.1.24 цієї Програми)	Виключень немає
Бліскавичний вірусний гепатит (згідно з п.2.1.25 цієї Програми)	Усі хвороби/стани є виключенням
Первинна легенева гіпертензія (згідно з п.2.1.26 цієї Програми)	2.1.26
Смертельна невиліковна хвороба (згідно з п.2.1.27 цієї Програми)	Усі хвороби/стани є виключенням
Поліомієліт (згідно з п.2.1.28 цієї Програми)	2.1.27
Апалічний синдром (згідно з п.2.1.29 цієї Програми)	2.1.2
Інші тяжкі захворювання коронарних артерій (згідно з п.2.1.30 цієї Програми)	2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.6, 2.1.7, 2.1.9, 2.1.30
Склеродермія, що прогресує (згідно з п.2.1.31 цієї Програми)	2.1.1, 2.1.3, 2.1.5, 2.1.19, 2.1.31
Системний червоний (еритематозний) вовчак (згідно з п.2.1.32 цієї Програми)	2.1.4, 2.1.6, 2.1.12, 2.1.25

5. Страховий Тариф

5.1. Розмір Страхового Тарифу залежить від обраного згідно з п.1.2 Програми Варіанту переліку Страхових Випадків та віку Застрахованої особи на дату укладення Договору Страхування та на кожну річницю дії Договору Страхування.

6. Письмове повідомлення про настання Страхового Випадку

6.1. Повідомлення про настання подій, зазначених в пунктах 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3 та 1.2.4 цієї Програми, повинно бути надано Страховикові в письмовій формі протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати встановлення відповідного діагнозу або дати проведення хірургічної операції у зв'язку з відповідними хворобами. В цілях цієї Програми таке письмове повідомлення буде вважатись належним за умови, що воно надано разом з документами, на підставі яких Застрахована особа може бути ідентифікована. Після отримання повідомлення про настання Страхового Випадку Страховик надає заявнику форми, перелік документів та інформації, яку необхідно надати Страховику для одержання Страхової виплати. Вся інформація, що вимагається Страховиком для ухвалення рішення щодо здійснення Страхової виплати, повинна бути надана протягом 30 (тридцяти) днів з дати встановлення діагнозу або з дня виписки у випадку госпіталізації.

6.2. Якщо Застрахована особа не надає необхідну інформацію без поважних на це причин протягом часу, встановленого в пункті 6.1 цієї Програми, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової виплати.

7. Початок дії Програми

7.1. Датою початку дії цієї Програми буде дата початку дії основної програми групового страхування життя щодо Застрахованої Особи, якщо тільки ця Програму не було введено в дію та додано до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.

8. Припинення дії Програми

8.1. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми не пізніше, ніж за 30 (тридцять) днів до настання терміну сплати Страхової премії шляхом надання письмової заяви Страховику, за умови що Договір Страхування зберігає чинність. В такому випадку Страховик підтверджує факт припинення дії цієї Програми з ініціативи Страхувальника, оформивши відповідний Додаток до Договору Страхування.

8.2. Дія цієї Програми припиняється, та Страховик звільняється від своїх відповідних зобов'язань у таких випадках:

8.2.1. Здійснення виплати 100 % Страхової суми згідно з умовами цієї Програми.

8.3. Додатково до умов Правил дія цієї Програми щодо відповідної Застрахованої особи припиняється, якщо:

8.3.1. Застраховану особу визнано психічно хворою; або

8.3.2. Застрахована особа вступила до військових наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або

8.3.3. Застрахована особа стала членом будь-яких допоміжних або цивільних невійськових підрозділів, що допомагають військовим наземним, морським чи повітряним силам будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або

8.3.4. На момент початку дії Програми Застрахованій особі виповнилося 65 (шістдесят п'ять) років, якщо інше не передбачено Договором Страхування; або

8.3.5. Страхова премія за цією Програмою та/або основною програмою групового страхування життя не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового періоду, якщо передбачено умовами Договору Страхування; або

8.3.6. Договір Страхування, укладений за основною програмою групового страхування життя, набув Статусу Повністю Сплаченого, або мала місце відмова від основної програми групового страхування життя або її дію припинено на інших підставах.

8.3.7. О 24 годині 00 хвилин за Київським часом дня, коли трудовий договір між працівником і Страхувальником припиняє свою дію або коли цивільно-правовий договір згідно п. 8.1.3 Правил припиняє свою дію.

8.3.8. О 24 годині 00 хвилин за Київським часом дня, коли працівник перестає відноситись до групи осіб, що відповідають вимогам Страховика щодо можливості бути застрахованим.

8.4. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової премії припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику, відповідно до чинного законодавства України, незаробленої частини додаткової Страхової премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Незароблена частина Страхової премії - це частина додаткової Страхової премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової премії.

9. Надання неповної інформації

9.1. Застрахована особа зобов'язана повністю та чесно заповнити анкету на укладання Договору Страхування, якщо така вимагається Страховиком, та відповісти чесно та в повному обсязі на всі письмові питання Страховика, що містяться в такій анкеті.

9.2. Будь-які навмисно неправдиві або неповні відповіді працівника та/або Страхувальника на питання про предмет Договору Страхування та інші питання, поставлені Страховиком у письмовій формі, або їх приховування у вищезазначеній анкеті є підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхових виплат щодо такої Застрахованої особи. Програма страхування, яка була надана на підставі такої анкети, припиняє свою дію або визнається недійсною щодо такої Застрахованої особи з дати початку дії Програми. В такому разі зобов'язання Страховика обмежуються зобов'язанням повернути Страхові премії, сплачені щодо такої Застрахованої особи з початку дії Програми за вирахуванням будь-яких зобов'язань Страхувальника за Договором Страхування.

9.3. В разі з'ясування Страховиком після отримання Заяви про здійснення Страхової виплати, що причиною Страхового Випадку, був факт, подія, обставина або захворювання, про які Страховик не дізнався через навмисно неправдиву інформацію, неправдиве свідчення, приховування даних щодо Застрахованої особи в анкеті на укладання Договору Страхування, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової виплати, дія Програми щодо такої Застрахованої особи негайно достроково припиняється та Страховик зобов'язаний повернути незароблену премію (якщо така є).

9.4. Однак якщо Програма безперервно діяла протягом 2 (двох) послідовних років з дня початку дії Програми щодо окремої Застрахованої особи, Страховик не буде оспорювати дійсність Програми і не застосовуватиме санкції, передбачені в п. 9.2. Програми.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Голова Правління

Л.В. Белянська

Директор відділу по роботі з фінансовими установами

3210

3210

