



ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ З НАКОПИЧУВАЛЬНОЮ ТА РИЗИКОВОЮ СКЛАДОВИМИ «ДІТИ»

Діють з 15 липня 2024 року

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ ТА ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

1.1. Ці Загальні умови страхового продукту «Страховання життя з накопичувальною та ризиковою складовими «ДІТИ» (далі – Загальні умови) розроблені відповідно до вимог чинного законодавства України, нормативно-правових актів Національного банку України, Закону України «Про страхування», внутрішньої політики Страховика з андеррайтингу та внутрішньої політики Страховика з розроблення і впровадження страхових продуктів, та затверджені в установленому Страховиком порядку.

1.2. Згідно з цими Загальними умовами укладаються договори страхування життя за страховим продуктом «Страховання життя з накопичувальною та ризиковою складовими «ДІТИ» (клас страхування 19 «Страховання життя (інше, ніж передбачено класами 20, 21, 22, 23)» (далі – Договори, Договори страхування) з дієздатними фізичними особами (далі – Страхувальниками) щодо страхування життя, здоров'я, працездатності визначених Договором фізичних осіб (далі – Застрахованих осіб) за їх письмовою згодою та за наявності у Страхувальника страхового інтересу.

1.3. Ці Загальні умови діють з дати початку їх дії, що зазначена на першій сторінці цих Загальних умов та припиняють свою дію (не укладаються нові Договори страхування) з дати, офіційно оприлюдненої на веб-сайті Страховика за посиланням: [Загальні умови страхового продукту «Страховання життя з накопичувальною та ризиковою складовими «Діти»»](#) у випадках: внесення змін до Загальних умов, затвердження нової редакції Загальних умов або їх відміни (припинення дії) в цілому. При цьому, укладені в період дії цих Загальних умов Договори страхування діють до закінчення строку їх дії, який зазначений в таких укладених Договорах.

1.4. Усі версії цих Загальних умов (як припинені, так і діючі) розміщуються на веб-сайті Страховика за посиланням: [Загальні умови страхового продукту «Страховання життя з накопичувальною та ризиковою складовими «Діти»»](#) та є загальнодоступними для перегляду потенційними страхувальниками та/або іншими відвідувачами сайту.

1.5. Страховий продукт «Страховання життя з накопичувальною та ризиковою складовими «Діти» (далі – Продукт, страховий продукт, страховий продукт «Діти») не є стандартним страховим продуктом. Страховик не розробляє та не розміщує на своєму веб-сайті уніфікований (стандартизований) документ, що містить загальну інформацію про Продукт. В той же час, Страховик розміщує інформацію про страховий продукт «Діти» на сторінці такого продукту: [«Страховання життя з накопичувальною та ризиковою складовими «Діти»»](#) на веб-сайті Страховика та надає доступ до такої інформації через особистий кабінет клієнта та/або шляхом надання посилання на інформацію про цей страховий продукт на веб-сайті Страховика.

1.5.1. Перед укладенням Договору страхування за страховим продуктом «Діти», Страховик (або страховий посередник) визначає потреби та вимоги клієнта (потенційного Страхувальника) у страхуванні, надає безоплатну індивідуальну консультацію щодо умов страхового продукту та формує рекомендації (пропозиції) щодо умов страхування, які максимально відповідатимуть потребам та вимогам такого клієнта у страхуванні, забезпечує клієнта вичерпною інформацією про

страховий продукт для прийняття ним усвідомленого рішення про укладення Договору страхування.

1.6. Страховик не пропонує страховий продукт «Діти» разом з супутнім/додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, як складовою одного пакету або договору.

1.7. Поняття та терміни, визначені цими Загальними умовами, вживаються у Договорі страхування у наступному значенні:

1.7.1. Вигодонабувач – фізична особа, що призначається Страхувальником за згодою Застрахованої особи (законного представника малолітньої/ неповнолітньої Застрахованої особи (далі – законний представник)) при укладенні Договору, яка має страховий інтерес щодо об'єкта страхування та має право на отримання страхової виплати при настанні страхового випадку згідно з умовами Договору страхування та/або відповідно до законодавства. В період дії Договору, до настання страхового випадку, Страхувальник за згодою Застрахованої особи (її законного представника), має право провести заміну Вигодонабувача, повідомивши про це Страховика письмово, шляхом ініціювання внесення змін до Договору страхування.

Вигодонабувачами за Договором, укладеним відповідно до цих Загальних умов є :

Накопичувальна складова Договору:

Вигодонабувач 1 – при настанні страхового випадку за страховими ризиками згідно з пп. 2.2.1 та 2.2.3. Загальних умов (**Ризик 1** та **Ризик 3**) (частка належної страхової виплати – 100%): Застрахована особа.

Вигодонабувач 2 (Вигодонабувачі) – при настанні страхового випадку за страховим ризиком згідно з пп. 2.2.2 Загальних умов (**Ризик 2**) (частка належної страхової виплати кожному Вигодонабувачу зазначається у Договорі): визначається (визначаються) Страхувальником за згодою Застрахованої особи (її законного представника) та зазначаються у Договорі.

Якщо Страхувальником не визначений Вигодонабувач (Вигодонабувачі) за страховим ризиком згідно з пп. 2.2.2 Загальних умов, страхова виплата здійснюється відповідно до законодавства, що регулює питання спадкування.

Ризикова складова Договору:

Вигодонабувач 1 – при настанні страхового випадку за страховими ризиками згідно з пп. 2.2.4.- 2.2.6. Загальних умов (**Ризик 4, Ризик 5** та **Ризик 6**) (частка належної страхової виплати – 100%): Застрахована особа.

Вигодонабувач 2 (Вигодонабувачі) – при настанні страхового випадку за страховим ризиком згідно з п. 2.2.7. Загальних умов (**Ризик 7**) (частка належної страхової виплати кожному Вигодонабувачу зазначається у Договорі): визначається (визначаються) Страхувальником за згодою Застрахованої особи (її законного представника) та зазначаються у Договорі.

Якщо Страхувальником не визначений Вигодонабувач (Вигодонабувачі) за страховим ризиком згідно з п. 2.2.7. Загальних умов (**Ризик 7**), страхова виплата здійснюється відповідно до законодавства, що регулює питання спадкування.

1.7.2. Викупна сума – сума грошових коштів, що виплачується Страховиком Страхувальнику (або іншій особі, визначеній Договором страхування або законодавством) у разі дострокового припинення дії Договору. Викупна сума є майновим правом Страхувальника за Договором і розраховується актуарно (математично) на дату припинення дії Договору страхування, в залежності від періоду протягом якого діяв Договір, згідно з Методикою розрахунку викупних сум, яка є Додатком 2 до цих Загальних умов.

1.7.3. Вік Застрахованої особи для прийняття на страхування – кількість років життя Застрахованої особи з округленням до цілого числа. Округлення віку до цілого числа здійснюється в більшу сторону у випадку, якщо на дату початку дії Договору страхування минуло 6 місяців (включно) і більше поточного року життя Застрахованої особи.

1.7.4. Договір страхування – письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі Страхувальником, на користь якої укладено

Договір, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі (внески) у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

Згідно з цими Загальними умовами Договір страхування складається з **накопичувальної складової** Договору (**основна**, посвідчується Полісом 1) та **ризикової складової** Договору (**додаткова**, посвідчується Полісом 2).

Відповідно до цих Загальних умов Договір може бути укладено з включенням як накопичувальної такі ризикової складових Договору або тільки накопичувальної складової Договору.

Договір не може бути укладений тільки з включенням ризикової складової Договору.

1.7.5. Застрахована особа – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором.

Застрахованими особами згідно з Договором, укладеним на підставі цих Загальних умов за накопичувальною складовою, можуть бути фізичні особи віком від **1 (одного) до 17 (сімнадцяти) років** (включно) на дату початку строку дії Договору та до **30 (тридцяти) років** (включно) на дату закінчення строку дії Договору за **Ризиками 1-2**.

Застрахованими особами згідно з Договором, укладеним на підставі цих Загальних умов за ризиковою складовою, можуть бути фізичні особи віком від **3 (трьох) років до 17 (сімнадцяти) років** (включно) на дату початку строку дії Договору та до **18 (вісімнадцяти) років** (включно) на дату закінчення строку дії Договору за **Ризиками 4-7**.

1.7.6. Звільнення Страхувальника від сплати страхових платежів – умови страхового захисту на випадок смерті Страхувальника з будь – якої причини або встановлення Страхувальнику інвалідності І групи з будь – якої причини, що передбачають звільнення Страхувальника від сплати страхових платежів відповідно до умов Договору.

1.7.7. Зменшена (редукована) страхова сума – зменшена страхова сума, в розмірі якої продовжує діяти Договір страхування за **накопичувальною складовою Договору (страхове покриття включатиме тільки основні ризики: Ризик 1 та Ризик 2)** при застосуванні до нього редукування, у випадку несплати Страхувальником чергового страхового платежу або сплатою його в неповному обсязі згідно з Договором (розмір страхового платежу та порядок його сплати зазначений у Полісі). Редукування (зменшення) страхових сум та/або страхових виплат Страховик здійснює в індивідуальному порядку згідно з Методикою розрахунку редукованих страхових сум, яка є Додатком 3 до цих Загальних умов.

1.7.8. Заява на страхування (опитувальник)(далі – Заява на страхування)– документ, встановленого Страховиком зразка, що заповнюється Страхувальником перед укладенням Договору, визначає вичерпний перелік інформації, яку Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику (страховому посереднику) перед укладенням Договору страхування, та яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування, включаючи:

- 1) відомості про об'єкт страхування, включаючи інформацію про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування;
- 2) обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків);
- 3) інформацію про наявність у Страхувальника на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкту страхування, включаючи наявність такого інтересу у Вигодонабувача (Вигодонабувачів) (зазначається у Декларації Страхувальника);
- 4) інформацію для здійснення ідентифікації Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувачів; частки у страховій виплаті кожного із Вигодонабувачів у разі настання страхового випадку;
- 5) умови страхового покриття для їх обрання Страхувальником: перелік страхових ризиків/страхових випадків, строк та місце дії Договору, страхові суми, валюта страхування за накопичувальною та ризиковою складовими Договору;

6) розміри страхових платежів, строки та порядок їх сплати за накопичувальною та ризиковою складовими Договору;

7) питання загального та медичного характеру (медична анкета) для оцінки страхового ризику щодо Застрахованої особи та, у разі обрання **Ризику 3** у Заяві на страхування, щодо Страхувальника.

8) Декларація Страхувальника та Застрахованої особи (її законного представника).

Заява на страхування повинна бути належним чином оформлена (не містити помилок, виправлень чи закреслень), містити повні та правдиві відповіді на всі включені до Заяви питання (Істотну інформацію), підтвердження наявності у Страхувальника страхового інтересу щодо об'єкту страхування, наявності чинних договорів страхування з іншими страховими організаціями щодо об'єкту страхування, **Декларацію** Страхувальника та Застрахованої особи (її законного представника), підписану власноручними підписами Страхувальника і Застрахованої особи (її законного представника), та подана Страховику у письмовій формі у порядку, передбаченому розділом 9 цих Загальних умов.

Заява на страхування, подана Страхувальником Страховику в установленому порядку є наміром Страхувальника укласти Договір страхування на визначених у такій Заяві умовах, але не є зобов'язанням Страхувальника та Страховика укладати Договір.

У разі, якщо Договір страхування буде укладений на підставі поданої Страхувальником Заяви на страхування, така Заява стає невід'ємною частиною укладеного Договору страхування.

1.7.9. Декларація (Страхувальника, Застрахованої особи) – завірена підписом (Страхувальника, Застрахованої особи (її законного представника)) невід'ємна частина Заяви на страхування, в якій (Страхувальник, Застрахована особа (її законний представник)) засвідчує:

- правдивість та повноту відомостей, наданих в Заяві на страхування та попередження про те, що надання неповних, недостовірних та/або неправдивих відомостей при укладенні Договору та/або при настанні страхового випадку може стати підставою для відмови у страховій виплаті;
- отримання від Страховика переддоговірної інформації в обсязі, передбаченому чинним законодавством;
- ознайомлення з умовами страхування, цими Загальними умовами та згоду на укладення Договору на зазначених у Заяві на страхування умовах;
- наявність страхового інтересу щодо об'єкту страхування;
- надання згоди Страховику на обробку персональних даних та передачу їх третім особам відповідно до вимог чинного законодавства України з метою виконання умов Договору та врегулювання страхових випадків;
- надання дозволу Страховику на здійснення запитів, отримання та розкриття інформації про стан здоров'я Застрахованої особи та Страхувальника (якщо **Ризик 3** включений до страхового покриття) в межах, необхідних для виконання умов Договору, а також, при необхідності, направляти запити у компетентні органи (уповноважені державні органи, правоохоронні органи, банки, заклади охорони здоров'я, інші установи та організації, незалежно від форми власності, фізичним особам, що можуть володіти інформацією про передумови, факт, причини, обставини та наслідки подій, що можуть бути визнані страховими випадками або інформацією, необхідною для перевірки даних, наданих для укладення Договору страхування) про підтвердження та/або надання відповідних документів та інформації;
- надання згоди на проведення медичного обстеження Застрахованої особи, у разі необхідності, якщо у Страховика виникли обґрунтовані сумніви щодо фактичного стану здоров'я Застрахованої особи при укладенні Договору та/або при настанні події, що має ознаки страхового випадку;
- згоду отримувати інформацію від Страховика щодо виконання умов Договору у спосіб, зазначений у Заяві на страхування (на вказану у Заяві адресу, номер мобільного телефону, електронну пошту, через особистий кабінет клієнта тощо);
- згоду на електронний документообіг у випадках, передбачених Договором;
- згоду на те, що при настанні страхового випадку страхова виплата буде здійснена вказаному у Договорі Вигодонабувачу.

1.7.10. Істотна інформація – інформація, необхідна Страховику для оцінки страхового ризику, яка надається Страхувальником при укладанні Договору у Заяві на страхування. До такої інформації, зокрема, відноситься інформація про вік, стан здоров'я Застрахованої особи та Страхувальника (якщо **Ризик 3** включений до страхового покриття), перенесені захворювання, встановлені діагнози, професію, хобі, професійні заняття спортом тощо. Вичерпний перелік інформації, яка є Істотною інформацією, зазначається у Заяві на страхування.

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

Обмеження життєдіяльності – це повна або часткова втрата здатності обслуговувати себе, самостійно пересуватись, орієнтуватись, спілкуватись, контролювати свою поведінку, вчитись, займатись трудовою діяльністю.

Ступінь та причина інвалідності встановлюється медико – соціальними експертними комісіями (або іншим органом, що виконує відповідну функцію згідно з чинним законодавством України).

1.7.12. Інвестиційний дохід – дохід, отриманий від розміщення та управління активами, що покривають технічні резерви за Договором.

Інвестиційний дохід складається з **гарантованого інвестиційного доходу та додаткового інвестиційного доходу**.

1.7.12.1. Розмір гарантованого інвестиційного доходу використовується Страховиком при розрахунку розміру страхового тарифу та, відповідно, розміру страхової суми/страхових виплат за Договором. Зазначений у Договорі розмір гарантованого інвестиційного доходу не є додатковим грошовим зобов'язанням Страховика понад передбачений Договором розмір страхової суми/страхових виплат. Згідно з цими Загальними умовами, розмір гарантованого інвестиційного доходу, складає 4% річних у разі, якщо валютою страхування є гривня або 1% річних у разі, якщо валютою страхування є долар США або євро. Зазначений розмір гарантованого інвестиційного доходу нараховується на суму технічних резервів, які розраховуються згідно з внутрішньою політикою формування технічних резервів Страховика.

1.7.12.2. Розмір додаткового інвестиційного доходу визначається Страховиком за підсумками інвестування коштів резервів за рік. Додатковий інвестиційний дохід визначається Страховиком у порядку передбаченому п. 2.5.3. цих Загальних умов та є додатковим грошовим зобов'язанням Страховика, що збільшує розмір передбаченої Договором страхової суми/страхових виплат.

1.7.13. Критичні захворювання – захворювання, що мають невиліковні, смертельно небезпечні або незворотні наслідки для життя людини.

До критичних захворювань згідно з цими Загальними умовами відносяться:

- 1) **Рак.** Наявність злоякісного новоутворення, яке характеризується прогресуючим неконтрольованим зростанням, поширенням злоякісних клітин і інвазією, а також дисфункцією нормальних і оточуючих новоутворення тканин. Страховими випадками не є: хвороба Ходжкіна і неходжкінські лімфоми стадії 1 (за класифікацією Арбор-Енн); лейкомія, крім хронічної лимфоцитарної лейкомії на стадії, яка більше стадії 1 по класифікації RAI або стадії А-Я по нету; пухлини, які виявляють злоякісні зміни карциноми на місці (включаючи дисплазію шийки матки CIN-1, CIN-2, ЦІН-3), або гістологічно описані як передракові захворювання; усі види раку шкіри, за винятком: мають метастази, таких, коли пухлина є злоякісною меланою з максимальною товщиною не більше 1,5 мм; усі види раку передміхурової залози, які гістологічно описані як T1 (а) або T1 (б) за класифікацією TNM або мають еквівалентну або меншу стадію за іншою класифікацією; папілярна мікрокарцинома щитовидної залози; неінвазивний папілярний рак сечового міхура, стадія якого TaN0M0 або менше; усі види злоякісних пухлин при наявності ВІЛ інфекції.
- 2) **Захворювання, що вимагають аортокоронарного шунтування.** Проведення операції на відкритому серці, рекомендованої кардіологом з метою корекції звуження або усунення блокади в одній або більше коронарних артерій методом обхідного судинного шунтування. Захворювання, викликані застосуванням балонної ангіопластики, лазерної або інший неінвазивної процедури,

виключаються зі страхування.

- 3) **Пересадження життєво важливих органів.** Пересадка органу від людини до людини, тобто пересадка від донора Застрахованій особі одного або декількох з наступних органів: нирки, печінки, серця (повністю усього серця), легені, підшлункової залози (виключаючи трансплантацію тільки відростків Лангерганса), або трансплантацію кісткового мозку.
- 4) **Бактеріальний менінгіт.** Діагностоване лікарем-фахівцем (педіатром, неврологом і інфекціоністом), гостре запалення оболонок головного та спинного мозку, що проявляється характерними клінічними симптомами і призводить до серйозних і постійних порушень, таких як: дефіцит слуху, напади, розлади інтелекту, когнітивний дефіцит, розлади мови, погіршення зору, психіатричні розлади, моторний дефіцит. Захворювання має виражатися станом повної прикутості до ліжка і нездатності піднятися з ліжка самостійно без сторонньої допомоги або постійної неможливості самостійно виконувати трьох і більше **елементарних побутових дій***. Описані стани повинні бути підтверджені медичними документами, щонайменше, протягом 3 (трьох) місяців. Діагноз повинен бути підтверджений результатами специфічних інструментальних досліджень (дослідження крові і спинномозкової рідини), КТ або МРТ головного мозку. Страховими випадками не є: 1. бактеріальний менінгіт, викликаний ВІЛ інфекцією; 2. бактеріальний менінгіт, який виник на тлі хронічної інфекції, включаючи туберкульозну інфекцію.
- 5) **Енцефаліт.** Діагностована лікарем-фахівцем (неврологом) група захворювань бактеріальної, вірусної або іншої етіології, що характеризуються важким перебігом, пов'язані із запаленням центральних структур головного мозку (півкуль головного мозку, стовбура мозку або мозочка), підтверджене результатами досліджень (аналізом цереброспинальної рідини, КТ або МРТ головного мозку). Захворювання, що має важкий перебіг, пов'язане з втратою можливості до самостійного виконання трьох і більше **елементарних побутових дій** * і приводить до значних ускладнень, які тривають не менше 6 (шести) місяців, які включають в себе стійкі неврологічні порушення (недоумство, емоційну лабільність, сліпоту, глухоту, порушення мови, геміплегію або параліч). Страховим випадком не є: енцефаліт, який розвинувся на фоні ВІЛ-інфекції.
- * Перелік елементарних побутових дій: а) митися (здатність самостійно митися в душі або у ванні), одягатися (знімати або надягати на себе одяг, застібатися або розстібатися); б) дотримуватися особистої гігієни (користуватися туалетом, підтримувати прийнятний рівень гігієни); в) рухливість (здатність пересуватися в межах будинку або в межах поверху), самостійно регулювати екскреторні функції; г) їсти/пити (але не готувати їжу).
- 6) **Важкі опіки.** Пошкодження тканин, викликане термічними, хімічними або електричними факторами, які призвели до опіків третього ступеня або всієї товщини шкіри, як мінімум, на 20% площі поверхні тіла в результаті вимірювання згідно з «правилами дев'ятки» або таблиці площі поверхні тіла Лунда і Браудера.

1.7.14. Непрацездатність – це стан здоров'я (функцій організму) людини, обумовлений захворюванням, травмою тощо, який унеможливає виконання роботи визначеного обсягу без шкоди для здоров'я.

Розрізняють два види непрацездатності – тимчасову і стійку.

1.7.14.1. Стійка (постійна) втрата працездатності – це повна чи часткова втрата здатності до загальної чи професійної праці.

1.7.14.2. Тимчасова непрацездатність – це непрацездатність особи внаслідок захворювання, травми або інших причин (вагітність та пологи, карантин тощо), яка має тимчасовий зворотний характер під впливом лікування, реабілітації, інших заходів медичного характеру, та триває до відновлення працездатності або до закінчення причин, які унеможливають виконання роботи.

Тимчасова непрацездатність обраховується в календарних днях.

Тимчасова непрацездатність Застрахованої особи засвідчується листком непрацездатності установленої форми (для працюючих) або довідкою чи іншим документом, що підтверджує тимчасову непрацездатність Застрахованої особи за формою, встановленою чинним законодавством.

1.7.15. Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи (Страховальника, Вигодонабувача, спадкоємців) подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу, включаючи протиправні дії третіх осіб, що призвела до пошкодження тканин організму Застрахованої особи з порушенням їх цілісності та функцій, деформації та порушень опорно-рухового апарату. Нещасним випадком також вважаються: випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла; утоплення; анафілактичний шок; тепловий удар; опік; укуси тваринами, комахами, зміями; обмороження; враження електричним струмом або блискавкою; випадкове отруєння отруйними речовинами, газами, ліками, недоброякісними продуктами харчування (за винятком харчової токсикоінфекції); отруєння наркотичними, токсичними або іншими речовинами, якщо їх вплив на організм був пов'язаний з виконанням громадянського обов'язку тощо.

Хвороби та їх наслідки, а також поступовий вплив зазначених вище факторів не вважається нещасним випадком.

1.7.16. Період (строк) оплати Договору (період внесення платежів) – проміжок часу в межах строку дії Договору, протягом якого Страховальник сплачує страхові платежі за накопичувальною складовою Договору згідно з встановленою Договором періодичністю та розмірами (визначені у Полісі 1).

1.7.17. Період очікування – проміжок часу між завершенням періоду оплати Договору та настанням страхового випадку за **Ризиком 1** накопичувальної складової Договору.

1.7.18. Період страхування – проміжок часу (період) в межах загального строку дії Договору страхування, за який Страховальник сплачує страховий платіж (частину загального страхового платежу за Договором) шляхом перерахування грошових коштів на банківський рахунок Страховика, зазначений у відповідному Полісі, та протягом якого діє страховий захист за Договором.

При цьому, страховий захист за Договором діє тільки протягом оплаченого періоду страхування.

1.7.18.1. Договором можуть бути встановлені наступні періоди страхування:

Річний період страхування – встановлюється при сплаті річного страхового платежу одноразово у розмірі та у строк, зазначені у Полісі.

Піврічний період страхування – встановлюється при сплаті річного страхового платежу 2 (двома) рівними частинами згідно з графіком оплат, зазначеним у Полісі.

Квартальний період страхування – встановлюється при сплаті річного страхового платежу 4 (чотирма) рівними частинами згідно з графіком оплат, зазначеним у Полісі.

Місячний період страхування – встановлюється при сплаті річного страхового платежу щомісячно 12 (дванадцятьма) рівними частинами згідно з графіком оплат, зазначеним у Полісі.

1.7.18.2. У разі оплати річного страхового платежу частинами (за піврічний, квартальний або місячний періоди страхування), при розрахунку розміру страхового платежу за відповідний період страхування, застосовуються підвищуючі коефіцієнти у порядку, передбаченому у п. 2.7.5. цих Загальних умов.

1.7.18.3. У разі оплати загального страхового платежу за Договором одноразово, періоди страхування не встановлюються, Договір діє (страховий захист надається) протягом визначеного у відповідному Полісі строку дії Договору.

1.7.19. Предмет Договору – передача Страховальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором.

1.7.20. Поліс – невід'ємна частина Договору страхування, що засвідчує факт укладення Договору на визначених у Полісі умовах страхування, які обрані Страховальником при заповненні Заяви на страхування. Виданий та підписаний Страховиком Поліс не повинен містити розбіжностей із поданою Страховальником Заявою на страхування.

1.7.20.1. Згідно з цими Загальними умовами передбачені дві форми Полісу:

Поліс 1 – засвідчує укладення Договору страхування із накопичувальною складовою,

Поліс 2 – засвідчує укладення Договору страхування із ризиковою складовою.

1.7.21. Страховий випадок – подія, передбачена Договором, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов’язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі або відповідно до законодавства.

1.7.22. Страхова виплата – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору.

1.7.23. Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування) у страхуванні ризиків, пов’язаних з життям, здоров’ям, працездатністю фізичної особи (Застрахованої особи).

1.7.24. Страхове покриття – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору.

1.7.25. Страхова премія (страховий платіж, страховий внесок) – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов’язаний сплатити Страховику згідно з Договором.

1.7.26. Страховий продукт – умови страхування, які задовольняють визначені потреби та інтереси клієнтів в отриманні страхової послуги.

1.7.27. Страховий ризик – подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

Згідно з цими Загальними умовами страховий захист за Договором поширюється на **основні страхові ризики** та **допоміжні страхові ризики** (включаються до Договору за бажанням та вибором Страхувальника).

1.7.27.1. Основні страхові ризики – страхові ризики, пов’язані з життям Застрахованої особи, а саме:

Ризик 1 – дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору.

Ризик 2 (у накопичувальній складовій Договору), **Ризик 7** (у ризиковій складовій Договору) – смерть Застрахованої особи протягом строку дії Договору (з будь-якої причини).

Включення до Договору **Ризику 2 (Ризику 7)** є обов’язковим за будь-якої комбінації основних та допоміжних ризиків в такому Договорі.

1.7.27.2. Допоміжні страхові ризики – страхові ризики, інші ніж основні ризики, пов’язані з життям, здоров’ям та працездатністю Застрахованої особи (травми, критичні захворювання, тілесні ушкодження, тимчасову та/або постійну (стійку) втрату працездатності Застрахованої особи), які можуть бути включені у Договір страхування додатково до основних ризиків.

Допоміжними страховими ризиками згідно з цими Загальними умовами є **Ризик 3** за накопичувальною складовою Договору та **Ризики 4 – 6** за ризиковою складовою Договору.

Повний перелік страхових ризиків, які можуть бути включені до страхового покриття за Договором визначений у п. 2.2. цих Загальних умов.

1.7.28. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов’язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.

Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страхувальником та Страховиком під час укладення Договору або внесення змін до Договору та зазначається у відповідному Полісі.

1.7.29. Страховий тариф – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.

1.7.30. Страхувальник – дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір щодо страхування життя, здоров’я, працездатності Застрахованої особи, за наявності страхового інтересу та письмової згоди законного представника Застрахованої особи.

Вік Страхувальника у разі включення до страхового покриття **Ризику 3** – до 65 років (включно) на дату закінчення строку дії Договору.

1.7.31. Страховик – Приватне акціонерне товариство «Українська акціонерна страхова компанія АСКА-ЖИТТЯ».

1.7.32. Сторони Договору – Страховик та Страхувальник.

1.7.33. Таємниця страхування – сукупність інформації про клієнта та його фінансовий стан, яка стала відома Страховику або страховому посереднику у зв'язку з укладанням та/або виконанням Договору страхування та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту. Таємниця страхування належить до таємниці фінансової послуги.

1.7.34. Технічні резерви – величина, що визначає грошову оцінку зобов'язань Страховика за договорами, розрахована відповідно до вимог чинного законодавства України та внутрішньої політики Страховика щодо формування технічних резервів, з метою забезпечення майбутніх страхових виплат за такими договорами.

1.7.35. Термін (тривалість) очікування сплати чергового страхового платежу (далі – термін очікування платежу) – проміжок часу під час дії Договору, протягом якого Страхувальник має право сплатити прострочений черговий страховий платіж за Договором (накопичувальною та/або ризиковою складовими Договору) без застосування з боку Страховика таких заходів: зменшення (редукування) страхової суми за накопичувальною складовою Договору та/або дострокового припинення Договору за ризиковою складовою Договору.

Термін очікування платежу не може перевищувати 30 (тридцяти) календарних днів. Під час терміну очікування платежу страховий захист за Договором не діє (Страховик не несе відповідальності за страховими випадками, що сталися протягом терміну очікування платежу).

1.7.36. Часова франшиза – проміжок часу від дати початку строку дії Договору, протягом якого події, що мають ознаки страхового випадку за **Ризиком 2, Ризиком 3, Ризиком 5, Ризиком 6, Ризиком 7** не визнаються страховим випадком, якщо такі події сталися внаслідок захворювання, яке було виявлене/діагностоване протягом періоду дії часової франшизи.

Згідно з цими Загальними умовами часова франшиза становить **3 (три)** перші місяці дії Договору.

2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

2.1. Страхове покриття за Договором включає:

- сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування;
- об'єкт страхування;
- строк дії Договору;
- грошовий еквівалент страхового захисту (страхова сума), валюта страхування;
- територію дії страхового захисту (місце дії Договору).

2.2. Страхові ризики, на випадок настання яких здійснюється страхування

Накопичувальна складова Договору:

2.2.1. Дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору (**Ризик 1**).

2.2.2. Смерть Застрахованої особи протягом строку дії Договору (**Ризик 2**).

2.2.3. Смерть або стійка втрата працездатності (встановлення I групи інвалідності) Страхувальника протягом строку дії Договору, наслідком чого є звільнення Страхувальника від сплати страхових платежів (**Ризик 3**).

Ризикова складова Договору:

2.2.4. Тимчасова втрата працездатності (травма) Застрахованої особи протягом строку дії Договору, що настала внаслідок нещасного випадку, який стався у період дії Договору (**Ризик 4**).

2.2.5. Вперше виявлене протягом строку дії Договору Критичне захворювання у Застрахованої особи (**Ризик 5**).

2.2.6. Встановлення неповнолітній Застрахованій особі категорії «дитина з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю підгрупи А» протягом строку дії Договору внаслідок захворювань або нещасного випадку, що сталися у період дії Договору (**Ризик 6**).

2.2.7. Смерть Застрахованої особи протягом строку дії Договору (**Ризик 7**).

Страховий захист за Договором поширюється на страхові ризики з переліку, зазначеного у цьому п. 2.2. Загальних умов, які включені до страхового покриття за Договором (відмічені позначкою «v» у Полісі) та за які було сплачено страховий платіж у розмірі та у строк, зазначені у Полісі (далі – **застраховані ризики**).

Страховий захист за **Ризиком 2, Ризиком 3** (якщо він включений до страхового покриття), **Ризиками 5-7** (в частині захворювання) діє з урахуванням часової франшизи.

2.3. Об'єкт страхування

Об'єктом страхування за Договором є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи.

2.4. Строк дії Договору страхування

2.4.1. За накопичувальною складовою Договір може бути укладено на строк **від 5 (п'яти) до 30 (тридцяти) років**, за умови, що на дату закінчення строку дії Договору за накопичувальною складовою, вік Застрахованої особи не перевищуватиме **30 (тридцять) років**.

2.4.1.1. У разі оплати загального страхового платежу одноразовим платежем, строк дії Договору за накопичувальною складовою може бути встановлений **від 3 (трьох) до 30 (тридцяти) років**, за умови, що на дату закінчення строку дії Договору за накопичувальною складовою, вік Застрахованої особи не перевищуватиме **30 (тридцять) років**.

2.4.2. За ризиковою складовою Договір укладається на строк **від 1 (одного) до 3 (трьох) років** з можливістю переукладання на новий термін протягом строку дії накопичувальної складової Договору, за умови, що на дату закінчення строку дії Договору за ризиковою складовою, вік Застрахованої особи не перевищуватиме **18 (вісімнадцять) років**.

При цьому, у разі безперервного страхування (переукладення Договору за ризиковою складовою на новий термін одразу після закінчення строку дії попереднього Договору (Полісу 2)), часова франшиза за **Ризиками 5-7** не застосовується.

2.4.3. За бажанням Страхувальника, в межах строку дії Договору встановлюються періоди страхування, за які Страхувальник сплачує страхові платежі згідно з графіком оплат/періодичністю сплати платежу, зазначеним у відповідному Полісі (за накопичувальною та ризиковою складовими Договору).

2.4.4. Договір страхування набирає чинності з дати, наступної за датою надходження страхового платежу за перший період страхування на банківський рахунок Страховика, але не раніше 00-00 годин дати, вказаної в Договорі (зазначена у Полісі) дати початку строку дії Договору та діє до 24-00 годин останньої дати оплаченого періоду страхування.

2.4.4.1. Договір продовжує дію на наступний період страхування за умови оплати чергового страхового платежу за наступний період страхування у розмірі та у строк згідно з графіком оплат (періодичністю сплати платежу), зазначеним у Полісі, але не пізніше останньої дати поточного (оплаченого) періоду страхування.

2.4.4.2. У разі несплати або неповної сплати страхового платежу за черговий період страхування у порядку, передбаченому п. 2.4.4.1. Загальних умов, та протягом терміну очікування платежу, Страховик має право зменшити (редувати) страхову суму за накопичувальною складовою Договору та/або дострокового припинити дію Договору за ризиковою складовою. Порядок здійснення Страховиком зазначених заходів та умови відновлення страхового покриття до початкового обсягу передбачений у п.п. 2.5.4.-2.5.6. цих Загальних умов.

2.5. Страхові суми

2.5.1. Страхові суми за Договором визначаються окремо для кожного із застрахованих ризиків (крім **Ризику 3**) та зазначаються у відповідному Полісі (накопичувальної та ризикової складових Договору).

2.5.2. Розміри страхових сум встановлюються за бажанням Страхувальника в залежності від розмірів, періодичності сплати страхових платежів та строку дії Договору, з урахуванням наступних обмежень:

2.5.2.1. Розмір страхової суми за **Ризиком 2** накопичувальної складової Договору встановлюються у розмірі **фактично сплачених страхових платежів**.

2.5.2.2. Максимальні розміри страхових сум за **Ризиками 4-6** ризикової складової Договору не можуть бути більшими, ніж **150 000** (сто п'ятдесят тисяч) грн.

2.5.2.3. Розмір страхової суми за **Ризиком 7** ризикової складової Договору встановлений у розмірі 10 грн.

2.5.2.4. Розміри страхових сум за ризиковою складовою Договору не можуть бути встановлені вище ніж 80 % розмірів страхових сум за накопичувальною складовою Договору.

2.5.3. Страхові суми за **основними ризиками** накопичувальної складової Договору (**Ризик 1 та Ризик 2**) збільшуються на суми (бонуси), які визначаються Страховиком один раз на рік за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів технічних резервів (**додатковий інвестиційний дохід**).

2.5.3.1. Щорічно за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів технічних резервів, Страховик збільшує розмір страхової суми (страхової виплати) на суми (бонуси), які визначаються Страховиком за вирахуванням витрат Страховика на ведення справи у розмірі до 15 відсотків отриманого інвестиційного доходу та обов'язкового відрахування в технічні резерви частки інвестиційного доходу, що відповідає розміру гарантованого інвестиційного доходу, який застосовується для розрахунку страхового тарифу, та, у разі індексації розміру страхової суми та/або розміру страхових виплат за офіційним індексом інфляції, відрахувань в технічні резерви частки інвестиційного доходу, що відповідає такій індексації. Інформація щодо додаткового інвестиційного доходу щорічно розміщується на веб-сайті Страховика.

2.5.3.2. Збільшення розміру страхової суми та розміру страхових виплат у зв'язку з виконанням положень п. 2.5.3.1. цих Загальних умов не потребують внесення змін до Договору страхування. Прийняті Страховиком додаткові грошові зобов'язання повідомляються Страхувальнику письмово (листом на вказану у Заяві на страхування адресу, направленням повідомлення на електронну пошту, месенджер чи особистий кабінет користувача (тобто, у спосіб, що дозволяє встановити дату відправлення та отримання повідомлення, який зазначений в Заяві на страхування за згодою Страхувальника)) і не можуть бути у подальшому зменшені в односторонньому порядку.

2.5.4. Якщо Страхувальник не вніс черговий страховий платіж за накопичувальною складовою Договору у повному обсязі та/або у визначений у Договорі строк (зазначений у Полісі 1) та протягом терміну очікування платежу, Страховик може в односторонньому порядку здійснити **зменшення (редукування) страхових сум** та/або страхових виплат згідно з Методикою розрахунку редукованої страхової суми (Додаток 3 до цих Загальних умов).

2.5.4.1. У випадку зменшення (редукування) страхових сум та/або страхових виплат, Страховик не несе відповідальності за допоміжним страховим ризиком (Ризик 3) з дня, наступного за останнім днем, до якого мав бути сплачений черговий страховий платіж, до повного погашення заборгованості по прострочених страхових платежах та сплати чергового страхового платежу відповідно до умов Договору.

2.5.4.2. Про розмір зменшеної (редукованої) страхової суми Страховик повідомляє Страхувальника після закінчення терміну очікування платежу, але не пізніше, ніж через **30 (тридцять) календарних днів** після здійснення такого редукування. При цьому, у випадку здійснення перерахунку (редукування) страхових сум та/або страхових виплат у перші три роки дії Договору внаслідок несвоечасної сплати страхових платежів, розмір страхових сум та/або страхових виплат після редукування **дорівнюють нулю**.

2.5.5. Якщо Страхувальник не вніс черговий страховий платіж за ризиковою складовою Договору у повному обсязі та/або у визначений у Договорі строк (зазначений у Полісі 2) та протягом терміну очікування платежу, дія Договору не продовжується на наступний період страхування за ризиковою складовою Договору.

2.5.6. Страхувальник має право відновити дію Договору на попередніх умовах (в частині розмірів страхових сум, які були передбачені при укладенні Договору), після здійснення редукування страхових сум та/або страхових виплат, на наступних умовах:

- прострочені страхові платежі збільшуються на 1% за кожен місяць прострочення та сплачуються одноразово (неповний місяць приймається за повний);
- якщо за Договором встановлено періодичність сплати страхових платежів частіше одного разу на рік (річний страховий платіж сплачується частинами за відповідні періоди страхування), Страхувальник повинен одноразово сплатити всі частини річного страхового платежу, що належать до сплати за Договором до кінця поточного року дії Договору;
- якщо Договір відновлюється (до початкових страхових сум) більш ніж через 4 (чотири) місяці після дати початку дії редукованих страхових сум та/або страхових виплат, Страховик має право вимагати надання результатів нового медичного обстеження Застрахованої особи та, в залежності від отриманих результатів, запропонувати відмінні від початкових умови страхування (умови страхового покриття за Договором), що відповідають ступеню страхового ризику на дату відновлення Договору. У разі незгоди на нові умови страхування, Договір страхування вважається редукованим без права відновлення.

2.6. Страхові тарифи

2.6.1. Страхові тарифи встановлюється окремо для кожного із застрахованих ризиків, для яких встановлена страхова сума (крім **Ризику 3**) та визначаються у відсотках від страхової суми, встановленої для відповідного застрахованого ризику. Конкретні розміри страхових тарифів зазначається у відповідному Полісі (накопичувальної та ризикової складових Договору).

2.6.2. Страхові тарифи обчислюються Страховиком актуарно в залежності від умов страхування, обраних Страхувальником (страхового покриття), величини гарантованого інвестиційного доходу*, зазначеного в п. 1.7.12.1. цих Загальних умов, віку, статі, стану здоров'я Застрахованої особи, іншої Істотної інформації, наданої Страхувальником у Заяві на страхування, періодичності сплати страхових платежів (страхових внесків, страхових премій), умов та розмірів страхових виплат тощо. Страхові тарифи розраховуються Страховиком згідно з Методикою розрахунку страхових тарифів за страховим продуктом «ДІТИ».

** Гарантований інвестиційний дохід враховується при розрахунку страхових тарифів тільки за накопичувальною складовою Договору.*

2.7. Страхові платежі

2.7.1. Загальний страховий платіж за Договором визначається як сума страхових платежів за всіма застрахованими ризиками накопичувальної та ризикової складових Договору.

2.7.2. Страховий платіж за застрахованим ризиком визначається шляхом помноження страхової суми на страховий тариф за таким ризиком.

2.7.3. Страховий платіж на накопичувальною складовою Договору може сплачуватись: одноразово, щорічно, двічі на рік, щоквартально, щомісячно.

2.7.4. Страховий платіж на ризиковою складовою Договору може сплачуватись: одноразово, щорічно, двічі на рік.

2.7.5. У разі сплати річного страхового платежу частинами за відповідні періоди страхування (двічі на рік, щоквартально, щомісячно), до річного страхового платежу застосовуються підвищуючі коефіцієнти за такими формулами:

- Піврічний страховий платіж = Річний страховий платіж * 1,02 / 2
- Квартальний страховий платіж = Річний страховий платіж * 1,03 / 4
- Щомісячний страховий платіж = Річний страховий платіж * 1,06 / 12.

2.7.6. В залежності від періодичності сплати, розміри страхових платежів за Договором (сумарно за накопичувальною та ризиковою складовими) не можуть бути меншими ніж:

- щомісячний не менше ніж 500 гривень або 25 доларів США (євро);
- щоквартальний не менше ніж 1000 гривень або 40 доларів США (євро);

- піврічний не менше ніж 1 500 гривень або 50 доларів США (євро);
- щорічний не менше ніж 3 000 гривень або 100 доларів США (євро);
- одноразовий не менше ніж 10 000 гривень або 500 доларів США (євро).

2.8. Валюта страхування

2.8.1. За накопичувальною складовою Договір може бути укладений: у гривнях, у доларах США, у євро.

2.8.2. За ризиковою складовою Договір може бути укладений: у гривнях.

2.8.3. У разі, якщо за накопичувальною складовою Договору валютою страхування є долар США або Євро, то за ризиковою складовою такого Договору розмір страхової суми, який не повинен перевищувати 80% розміру страхової суми за накопичувальною складовою Договору, розраховується в національній валюті України за курсом НБУ на дату розрахунку.

2.9. Територія дії страхового захисту (місце дії Договору)

2.9.1. Територією дії страхового захисту (місцем дії Договору) є всі країни світу, за винятком АР Крим, м. Севастополь, територій України, що знаходяться у районах бойових дій та тимчасово окупованих територій згідно з переліком, затвердженим Мінреінтеграції, територій інших країн, на яких проводяться воєнні дії (заходи).

2.9.2. Страховий захист діє 24 години на добу.

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

3.1. Страхувальник має право:

3.1.1. Ознайомитися з умовами страхування, цими Загальними умовами, отримати консультацію Страховика щодо умов страхування перед укладенням Договору, в обсязі, достатньому для прийняття ним свідомого рішення про укладання Договору, отримувати будь-які роз'яснення Страховика щодо умов страхування згідно з Договором під час його дії.

3.1.2. Відмовитися від Договору у порядку, передбаченому розділом 5 цих Загальних умов.

3.1.3. Укласти із Страховиком Договір страхування третьої особи (Застрахованої особи) за її письмовою згодою (така згода надається законним представником Застрахованої особи).

3.1.4. Призначити при укладенні Договору Вигодонабувачів для отримання страхової виплати за кожним із застрахованих ризиків із визначенням частки належної кожному з них страхової виплати, а також замінити їх до настання страхового випадку, за згодою Застрахованої особи (її законного представника).

3.1.5. Отримати дублікат Договору страхування (Поліс 1 та/або Поліс 2) у випадку втрати оригіналу, шляхом подання заяви до Страховика. Після видачі дублікату Договору (Полісу 1 та/або Полісу 2), втрачений примірник вважається недійсним.

3.1.6. Ініціювати внесення змін до умов Договору у порядку, передбаченому розділом 4 цих Загальних умов.

3.1.7. Ініціювати дострокове припинення дії Договору у порядку, передбаченому розділом 4 цих Загальних умов.

3.1.8. Оскаржити у порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову у страховій виплаті та/або її розмір.

3.2. Застрахована особа (її законний представник) має право:

3.2.1. Надати згоду або відмовитись протягом 30 календарних днів від укладення Договору на користь Застрахованої особи, письмово повідомивши про це Страховика.

3.2.2. Ознайомитися з умовами страхування, цими Загальними умовами, отримувати будь-які роз'яснення Страховика щодо умов страхування згідно з Договором під час його дії.

3.2.3. На отримання страхової виплати при настанні страхового випадку у межах страхової суми, на умовах, визначених розділом 7 цих Загальних умов та Договором.

3.3. Страхувальник зобов'язаний:

3.3.1. При укладенні Договору повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі, стосовно Застрахованої особи та Вигодонабувача (Вигодонабувачів), надавши відповіді на питання, зазначені у Заяві на страхування.

3.3.2. Своєчасно сплачувати страхові платежі в розмірі та в порядку, передбаченому Договором.

3.3.3. При укладанні Договору надати Страховику повну, правдиву та достовірну інформацію та відомості про вік, професію, стан здоров'я, перенесені захворювання, результати медичного обстеження Застрахованої особи та Страхувальника (якщо до страхового покриття включено **Ризик 3**) інші дані та обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, які вимагає Страховик для укладання Договору, що зазначені у Заяві на страхування (Істотна інформація), і надалі інформувати Страховика про будь-яку зміну у наданих відомостях, що сталася після укладення Договору, не пізніше ніж протягом **5 (п'яти) робочих днів** з моменту виникнення таких змін.

3.3.4. При укладанні Договору повідомити Страховику про інші діючі договори страхування життя щодо об'єкту страхування за цим Договором.

3.3.5. Отримати письмову згоду Застрахованої особи (її законного представника) на укладення на користь Застрахованої особи Договору страхування, ознайомити її (його) з умовами страхування, порядком дій при настанні страхового випадку.

3.3.6. Повідомити Вигодонабувачів про зміст їх прав відповідно до Договору страхування та порядком їх реалізації.

3.3.7. Забезпечити реалізацію права Страховика на проведення/отримання висновків медичного обстеження Застрахованої особи у випадках, передбачених цими Загальними умовами (при укладанні Договору (за необхідності оцінки ризику, що приймається на страхування); при відновленні дії Договору у випадках, передбачених у п.2.5.6. Загальних умов; при настанні події, що має ознаки страхового випадку, якщо Страховиком проводиться власне розслідування щодо причин та обставин настання такої події, визначення обсягу заподіяної шкоди Застрахованій особі).

3.3.8. Інформувати Страховика про зміну своєї адреси та місця проживання, а також контактного номеру телефону та електронної пошти, не пізніше ніж протягом **5 (п'яти) робочих днів** з моменту виникнення таких змін.

3.3.9. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, виконувати дії, передбачені розділом 6 цих Загальних умов.

3.3.10. Вживати всіх можливих та залежних від нього заходів щодо запобігання та/або зменшення обсягу шкоди, заподіяної внаслідок настання події, що має ознаки страхового випадку.

3.3.11. Повернути Страховику отриману страхову виплату (або її певну частину) протягом **10 (десяти) робочих днів**, з дати виявлення такої обставини (отримання письмового запиту Страховика), якщо протягом передбачених законодавством строків позовної давності виявиться така обставина, що за законом або відповідно до укладеного Договору страхування повністю або частково позбавляє Застраховану особу, Вигодонабувача права на отримання страхової виплати.

3.4. Страховик має право:

3.4.1. Перевіряти повноту, правдивість та достовірність наданих Страхувальником, Застрахованою особою (її законним представником) документів та інформації та виконання (дотримання) умов Договору.

3.4.2. Самостійно з'ясовувати передумови, факт, причини, обставини та наслідки події, що сталася із Застрахованою особою та має ознаки страхового випадку.

3.4.3. Направляти запити у компетентні органи (органи державної влади, правоохоронні органи, банки, заклади охорони здоров'я та інші підприємства, установи і організації незалежно від форми їх власності, фізичним особам, що можуть володіти інформацією про передумови, факт, причини,

обставини та наслідки подій, що можуть бути визнані страховими випадками, та/або інших подій, що можуть бути пов'язані з ними, або інформацією, необхідною для перевірки даних, наданих для укладення Договору) про підтвердження та/або надання відповідних документів та інформації.

3.4.4. Письмово запитувати у Страхувальника, Застрахованої особи (її законного представника), Вигодонабувача надання відомостей, документів та інформації, необхідних для встановлення факту настання страхового випадку, передумов, причин та обставин його настання, визначення обсягу заподіяної шкоди.

3.4.5. Відстрочити на термін не більше ніж **6 (шість) місяців** прийняття рішення про визнання події, що сталася із Застрахованою особою, страховим випадком або рішення про відмову у страховій виплаті, при необхідності додаткової перевірки передумов, факту, причин, обставин та наслідків Події, наданої Страхувальником інформації, з дати отримання всіх документів, необхідних для здійснення страхової виплати, що зазначені у розділі 7 цих Загальних умов та тих документів (даних, відомостей, інформації), щодо яких Страховик здійснив письмовий запит.

3.4.5.1. Якщо відповідними органами внутрішніх справ відкрито кримінальне провадження та ведеться розслідування обставин, що спричинили настання події, то рішення про визнання події, що сталася, страховим випадком, або про відмову у страховій виплаті не здійснюється до закінчення розслідування або винесення вироку суду, що набув законної сили.

3.4.6. Відмовити у страховій виплаті, за наявності підстав, зазначених у розділі 8 цих Загальних умов.

3.4.7. Достроково припинити дію Договору у порядку, передбаченому розділом 4 цих Загальних умов.

3.4.8. Вимагати повернення здійснених страхових виплат у разі, якщо після їх здійснення з'ясується, що Страхувальник, Застрахована особа (її законний представник) або Вигодонабувач надали неповні, неправдиві або недостовірні відомості, які призвели до завищення суми страхової виплати або безпідставної страхової виплати.

3.4.9. У разі, якщо Страхувальник не вніс черговий страховий платіж за накопичувальною складовою Договору у строки та в розмірі, зазначених у Полісі 1, здійснити редукування страхової суми та/або страхових виплат у порядку, передбаченому п. 2.5.4. цих Загальних умов.

3.4.10. На виконання вимог законодавства з питань фінансового моніторингу, кожні три роки дії Договору, якщо інший термін не визначений законом, запитувати у Страхувальника дані, необхідні для здійснення ідентифікації та верифікації особи (в тому числі повторної) відповідно до вимог чинного законодавства (за необхідності).

3.5. Страховик зобов'язаний:

3.5.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування та цими Загальними умовами, переддоговірною інформацією, визначеною чинним законодавством, в обсязі, достатньому для прийняття Страхувальником свідомого рішення про укладання Договору страхування, в тому числі, шляхом надання безоплатної індивідуальної консультації щодо умов страхового продукту та рекомендацій (пропозицій), які б максимально відповідали потребам Страхувальника у страхуванні, а також розміщення переддоговірної інформації на веб-сайті Страховика та/або надання доступу до такої інформації через особистий кабінет клієнта.

3.5.2. При визнанні події страховим випадком здійснити страхову виплату відповідно до розділу 7 цих Загальних умов.

3.5.3. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті або у разі відстрочки у прийнятті рішення згідно з пп. 3.4.5. цих Загальних умов, письмово повідомити про це Страхувальника (Застраховану особу (її законного представника), Вигодонабувача) протягом **30 (тридцяти) робочих днів** з дати прийняття відповідного рішення із обґрунтуванням причин відмови/відстрочки.

3.5.4. Забезпечити збереження інформації, що становить таємницю страхування, зберігати конфіденційність відомостей про Страхувальника, Застраховану особу, Вигодонабувача(ів), а також про всі виконані з ними фінансові розрахунки, та іншу інформацію, що становить таємницю страхування, за виключенням випадків, передбачених чинним законодавством України.

3.5.5. Збільшити розмір страхової суми на суми (бонуси) (без збільшення розміру страхового платежу) за **Ризиком 1** та **Ризиком 2** накопичувальної складової Договору. Бонуси визначаються Страховиком один раз на рік у відсотках за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів страхових резервів із страхування життя (технічних резервів) та повідомляти Страхувальника про розмір додаткового інвестиційного доходу у порядку, передбаченому п. 2.5.3. цих Загальних умов. Прийняті Страховиком додаткові страхові зобов'язання не можуть бути зменшені в односторонньому порядку.

3.5.6. Надавати Страхувальнику у письмовій формі протягом **30 (тридцяти) календарних днів** з дати отримання відповідного письмового запиту Страхувальника інформацію про суми (бонуси), на які було збільшено розмір страхової суми за накопичувальною складовою Договору страхування за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів резервів зі страхування життя (технічних резервів) за таким Договором страхування (розмір додаткового інвестиційного доходу).

3.5.7. У разі реалізації права Страховика, зазначеного у п. 3.4.9. Загальних умов, повідомити Страхувальника про зменшення (редукування) розмірів страхових сум та/або страхових виплат за накопичувальною складовою Договору у письмовій формі із зазначенням нових розмірів страхових сум/страхових виплат не пізніше, ніж через **30 (тридцять) календарних днів** після здійснення такого зменшення (редукування).

3.5.8. У разі реалізації права Страхувальника на відмову від Договору згідно з розділом 5 цих Загальних умов, повернути сплачений Страхувальником страховий платіж в повному обсязі протягом **30 (тридцяти) календарних днів** з дати отримання Страховиком відповідної заяви Страхувальника.

3.6. За невиконання або неналежне виконання умов Договору, Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України та цим Договором.

3.6.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати штрафу отримувачу виплати з розрахунку 0,1% від розміру суми, належної до виплати.

3.6.2. За прострочення виплати викупної суми згідно з п. 4.11.2.3. цих Загальних умов з вини Страховика, Страхувальнику сплачується штраф з розрахунку 0,1% від розміру викупної суми, належної до виплати.

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

4.1. Будь-які зміни до умов Договору страхування здійснюються за взаємною згодою Страхувальника та Страховика шляхом укладення Додаткової угоди до Договору.

4.2. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона, яка виступає ініціатором внесення таких змін, повинна письмово повідомити про це іншу Сторону не пізніше ніж за **30 (тридцять) календарних днів** до запропонованої дати внесення таких змін.

Якщо будь-яка зі Сторін не згодна на внесення змін до Договору страхування, Договір продовжує діяти на попередніх умовах, або припиняє дію у порядку, передбаченому цим розділом 4 Загальних умов.

4.3. Зміни умов Договору щодо: переліку Вигодонабувачів та/або належних їм часток страхових виплат; розмірів страхових сум/страхових виплат; розмірів та періодичності сплати страхових платежів; строку дії Договору та/або строків внесення страхових платежів тощо здійснюються на підставі письмової заяви Страхувальника до настання страхового випадку, якого стосуються відповідні зміни, у період дії Договору.

4.4. Зміни до умов Договору набирають чинності з дати укладання Додаткової угоди до Договору або з дати, вказаної у такій Додатковій угоді. До підписання Сторонами Додаткової угоди до Договору, Договір продовжує діяти на попередніх умовах.

4.5. Страхувальник не може ініціювати внесення змін до умов накопичувальної складової Договору протягом першого року його дії, які стосуються зміни розміру страхової суми, зміни строку дії Договору або строків внесення страхових платежів.

4.6. Порядок зміни Страхувальника за Договором:

4.6.1. Про намір змінити Страхувальника за Договором страхування Страхувальник повідомляє Страховика шляхом подання письмової заяви встановленої Страховиком форми із підтвердженням згоди Застрахованої особи (її законного представника) на зміну Страхувальника. Форму заяви можна завантажити на сайті Страховика за посиланням: [Бланк заяви на зміну умов договору](#).

4.6.2. До Заяви додаються наступні документи:

- копії паспортів діючого Страхувальника та нового Страхувальника, засвідчені їх підписами, із зазначенням дати такого завірення;
- копії реєстраційних номерів облікових карток платників податків діючого Страхувальника та нового Страхувальника, засвідчені їх підписами, із зазначенням дати такого завірення (окрім випадків, визначених чинним законодавством України);
- копію Договору страхування (Полісу 1 та Полісу 2).

4.6.3. Страховик має право зробити письмовий запит щодо надання інших документів (за необхідності), наприклад, документів для здійснення фінансового моніторингу тощо.

4.6.4. Відповідно до наданої Страхувальником інформації Страховик готує трьохсторонню (між діючим та новим Страхувальником та Страховиком) Додаткову угоду до Договору за формою, визначеною Страховиком. Зазначені зміни до Договору (в частині зміни Страхувальника за Договором) набирають чинності з моменту підписання тристоронньої Додаткової угоди до Договору.

4.7. Порядок зміни Страховика за Договором:

4.7.1. Зміна Страховика за Договором здійснюється за письмовою згодою Сторін Договору, Застрахованої особи (її законного представника) та нового Страховика, шляхом підписання відповідної Додаткової угоди до Договору та передання відповідних страхових резервів новому Страховику у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

4.7.2. У разі зміни Страховика за Договором у зв'язку із ліквідацією/реорганізацією Страховика, або при передачі страхового портфелю, така процедура здійснюється в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

4.8. Якщо Страхувальник не вніс черговий страховий платіж за накопичувальною складовою Договору у повному обсязі та/або у визначений у Полісі 1 строк, Страховик в односторонньому порядку здійснює зменшення (редукування) страхових сум та/або страхових виплат у порядку, передбаченому п. 2.5.4. цих Загальних умов.

4.9. Страхувальник має право відновити дію Договору на попередніх умовах (в частині розмірів страхових сум) шляхом погашення заборгованості по оплаті всіх прострочених страхових платежів та виконання інших вимог, зазначених у п. 2.5.6. цих Загальних умов. При цьому, відповідальність Страховика за Договором відновлюється з 00-00 годин дати, наступної за датою надходження всіх прострочених страхових платежів на банківський рахунок Страховика. (Страховик не несе зобов'язань щодо здійснення страхових виплат за страховими випадками, що сталися з 00-00 годин дати, наступної за датою, до якої мав бути сплачений страховий платіж і не надійшов у вказані строки, і до 00-00 годин дати, наступної за датою надходження на банківський рахунок Страховика заборгованих страхових платежів).

4.10. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

4.10.1. Закінчення строку дії Договору.

4.10.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

4.10.3. Ненадходження або надходження не в повному обсязі на банківський рахунок Страховика першого страхового платежу, Договір вважається таким, що не набрав чинності.

4.10.4. Ненадходження або надходження не в повному обсязі на банківський рахунок Страховика чергового страхового платежу за ризиковою складовою Договору, у термін, встановлений графіком оплат/періодичністю сплати платежу у Полісі 2, та протягом терміну очікування платежу.

4.10.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

4.10.6. Набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним.

4.10.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

4.11. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови Договору, крім випадків, передбачених чинним законодавством України.

4.11.1. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору.

4.11.2. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника, Страховик виплачує Страхувальнику викупну суму. Викупна сума розраховується Страховиком актуарно (математично) на дату припинення дії Договору страхування, в залежності від періоду протягом якого діяв Договір, згідно з Методикою розрахунку викупних сум, яка є Додатком 2 до цих Загальних умов.

4.11.2.1. Формування викупної суми відбувається після повних **3 (трьох)** років дії Договору. Протягом перших трьох років дії Договору, розмір викупної суми дорівнює **0 (нулю)**.

4.11.2.2. Мінімальні гарантовані розміри викупних сум на кінець відповідного року дії Договору (за накопичувальною складовою Договору) зазначаються у Полісі 1.

4.11.2.3. У разі, якщо за накопичувальною складовою Договору валютою страхування є долар США або Євро, розмір викупної суми розраховується в національній валюті України за курсом НБУ на дату розрахунку.

4.11.2.4. Виплата викупної суми Страхувальнику здійснюється протягом **30 (тридцяти) календарних днів** з дати подання Заяви про дострокове припинення дії Договору.

4.11.3. Якщо Договір достроково припиняється за ініціативою Страхувальника, то він має надати Страховику письмову заяву, за формою, визначеною Страховиком, копію паспорту, засвідчену підписом Страхувальника із зазначенням дати такого завірення, копію реєстраційного номеру облікової картки платника податків засвідчену підписом Страхувальника із зазначенням дати такого завірення (окрім випадків визначених чинним законодавством України).

4.11.4. Договір страхування вважається недійсним, нікчемним з моменту його укладання у випадках, передбачених Цивільним кодексом України, Законом України «Про страхування».

4.11.5. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку, а також у разі, якщо:

4.11.5.1. Договір укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку.

4.11.5.2. Відсутній об'єкт страхування.

4.11.5.3. Страховиком доведено, що Договір укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій.

4.11.5.4. У Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) відсутній страховий інтерес.

4.11.5.5. В інших випадках, передбачених чинним законодавством.

4.11.6. У випадку визнання Договору недійсним кожна зі Сторін зобов'язана повернути іншій Стороні все отримане по цьому Договору, якщо інші наслідки недійсності Договору не передбачені чинним законодавством України.

4.11.7. За згодою Сторін розгляд питань про внесення змін чи припинення дії Договору може здійснюватись Сторонами в т.ч. шляхом обміну електронними документами з дотриманням вимог чинного законодавства України у сфері електронних довірчих послуг та електронного документообігу.

5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ

5.1. Страхувальник має право відмовитись від Договору протягом **30 (тридцяти) календарних днів** з дати укладання Договору без пояснення причин, крім випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку за таким Договором.

5.1.1. Страхувальник повідомляє Страховика про відмову від Договору шляхом подання Страховику письмової заяви довільної форми або встановленої Страховиком форми із зазначенням реквізитів для перерахування суми страхового платежу, належної до повернення Страхувальнику.

5.1.1.1. За згодою Сторін розгляд питань про відмову від Договору може здійснюватись Сторонами в т.ч. шляхом обміну електронними документами з дотриманням вимог чинного законодавства України у сфері електронних довірчих послуг та електронного документообігу.

5.1.2. Сплачений страховий платіж повертається Страховиком Страхувальнику в повному обсязі протягом **30 (тридцяти) календарних днів** з дати повідомлення Страхувальником про відмову від Договору, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що може бути визнана страховим випадком.

5.1.3. До заяви Страхувальник додатково надає Страховику: копію паспорту (або ID-картки), засвідчену підписом Страхувальника із зазначенням дати такого завірення; копію реєстраційного номеру облікової картки платника податків (ПІН/ РНОКПП), засвідчену підписом Страхувальника із зазначенням дати такого завірення (окрім випадків, визначених чинним законодавством України).

5.2. Страхувальник має право відмовитися від Договору, якщо Договір містить розбіжності із поданою Заявою на страхування протягом **45 (сорока п'яти) календарних днів** з дня його отримання, а Страховик зобов'язаний повернути отримані кошти (страховий платіж) за таким Договором у повному обсязі.

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

6.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку (далі – Подія), отримувач виплати (Вигодонабувач) зобов'язаний:

6.1.1. Письмово, шляхом подання Заяви про настання страхового випадку та здійснення страхової виплати, за формою, встановленою Страховиком (далі – Заява на виплату), повідомити Страховика про факт та обставини настання Події, що сталася:

- протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати її настання – у разі смерті Застрахованої особи (**Ризик 2, Ризик 7**) / Страхувальника (**Ризик 3**) (якщо він включений до страхового покриття);
- протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати закриття листка непрацездатності (завершення лікування Застрахованої особи) – у разі настання Події за **Ризиком 4, Ризиком 5**;
- протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати встановлення I групи інвалідності Страхувальнику за **Ризиком 3** (якщо він включений до страхового покриття) / категорії «дитина з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю підгрупи А» – у разі настання Події за **Ризиком 6**.

Бланк Заяви на виплату можна завантажити на веб-сайті Страховика за посиланням: [Бланк Заяви на виплату](#).

6.2. Разом із Заявою на виплату, але не пізніше 45 (сорока п'яти) календарних днів, з дати настання Події, надати Страховику документи, передбачені розділом 7 Загальних умов.

6.3. Надавати додаткові відомості, документи та інформацію на письмовий запит Страховика, необхідні для встановлення факту, причин, обставин та наслідків Події, протягом строку, встановленого у такому письмовому запиті Страховика. У разі неможливості отримання окремих документів протягом зазначеного строку, термін надання таких документів може бути продовжений Страховиком за письмовою заявою особи, що надає документи (відомості, інформацію) із зазначенням необхідного строку для їх надання.

6.4. Сприяти Страховику у проведенні власної перевірки причин, обставин та наслідків Події та не допускати будь-яких дій, спрямованих на знищення, фальсифікацію чи приховування документів та доказів щодо Події.

7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

7.1. Для підтвердження факту настання страхового випадку, визначення обсягу заподіяної шкоди Застрахованій особі та для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати або про відмову у виплаті, Страхувальник (Застрахована особа (її законний представник), Вигодонабувач) повинен

надати Страховику наступні документи:

7.1.1. Копію Полісу.

7.1.2. Документи, що дозволяють ідентифікувати особу отримувача страхової виплати (Вигодонабувача): копія паспорта або ID-картки, копія ПН/РНОКПП. Копії зазначених документів мають бути завірени особистим підписом Вигодонабувача із зазначенням дати такого засвідчення.

7.1.3. Документи, що дозволяють ідентифікувати Застраховану особу та її родинний зв'язок із отримувачем страхової виплати (її законним представником або Вигодонабувачем 2, в залежності від наслідків Події): копія свідоцтва про народження Застрахованої особи, документ, що підтверджує встановлення опікунства, або усиновлення Застрахованої особи. Копії зазначених документів мають бути завірени особистим підписом законного представника Застрахованої особи із зазначенням дати такого засвідчення.

7.2. В залежності від обставин та наслідків Події, додатково до зазначених у п. 7.1. документів, також надаються:

7.2.1. За Ризиком 1:

- докази того, що Застрахована особа жива (обов'язково з'явитися до Страховика або надати можливість представнику Страховика засвідчити факт дожиття Застрахованої особи або іншим способом, погодженим із Страховиком, засвідчити факт дожиття Застрахованої особи).

7.2.2. За Ризиком 4:

- оригінали, або належним чином засвідчені копії документів із закладів охорони здоров'я, що підтверджують факт, причини, обставини та наслідки настання Події (виписки з медичної карти амбулаторного або стаціонарного хворого, витяг з історії хвороби, консультаційний висновок спеціаліста, інші медичні документи за формами, встановленими законодавством України, що регулює правовідносини у сфері охорони здоров'я);
- довідка про тимчасову непрацездатність, або належним чином засвідчена копія довідки, або інший документ, який згідно з вимогами законодавства України про ведення первинної облікової документації у сфері охорони здоров'я, засвідчує тимчасову непрацездатність. Такі документи надаються у формі, визначеній законодавством України, що регулює порядок формування (видачі) документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність;
- копії рентген-знімків/МРТ, фотознімки ушкоджень м'яких тканин, результати лабораторних досліджень, УЗД, КТ, тощо (на вимогу Страховика);
- належним чином засвідчена копія Акту про нещасний випадок, який складається у встановленому законодавством України порядку;
- звіт про Нещасний випадок за встановленою Страховиком формою, якщо Подія, що має ознаки страхового випадку відбулася в побутових умовах та Акт про нещасний випадок не складався. Бланк такого Звіту можна завантажити на веб-сайті Страховика за посиланням: [Бланк звіту про нещасний випадок](#);
- документ закладу охорони здоров'я з підтвердженням факту отримання травми чи іншого розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку;
- копія рішення суду або рішення правоохоронних органів (постанова про закриття кримінального провадження, вирок суду тощо) – якщо за фактом настання Події було відкрито кримінальне провадження або велось досудове розслідування.

7.2.3. За Ризиком 5:

- оригінали, або належним чином засвідчені копії документів із закладів охорони здоров'я, що підтверджують факт, причини, обставини та наслідки настання Події (виписки з медичної карти амбулаторного або стаціонарного хворого, витяг з історії хвороби, консультаційний висновок спеціаліста, інші медичні документи за формами, встановленими законодавством України, що регулює правовідносини у сфері охорони здоров'я);
- довідка про тимчасову непрацездатність, або належним чином засвідчена копія довідки, або інший документ, який згідно з вимогами законодавства України про ведення первинної облікової документації у сфері охорони здоров'я, засвідчує тимчасову непрацездатність. Такі документи надаються у формі, визначеній законодавством України, що регулює порядок формування (видачі) документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність;

- на вимогу Страховика, результати лабораторних досліджень та інших медичних досліджень (аналізи, УЗД, КТ, МРТ та ін.);
- копія направлення на госпіталізацію, на підставі якого було проведено стаціонарне лікування Застрахованої особи.

Для Критичного захворювання, зазначеного у підпункті 6) п. 1.7.13. Загальних умов, якщо Подія, що призвела до настання страхового випадку (важкі опіки) сталася внаслідок нещасного випадку, надаються:

- належним чином засвідчена копія Акту про нещасний випадок, який складається у встановленому законодавством України порядку;
- звіт про Нещасний випадок за встановленою Страховиком формою, якщо Подія, що має ознаки страхового випадку відбулася в побутових умовах та Акт про нещасний випадок не складався.

Бланк такого Звіту можна завантажити на веб-сайті Страховика за посиланням: Бланк звіту про нещасний випадок;

- документ закладу охорони здоров'я з підтвердженням факту отримання травми чи іншого розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку;
- копія рішення суду або рішення правоохоронних органів (постанова про закриття кримінального провадження, вирок суду тощо) – якщо за фактом настання Події було відкрито кримінальне провадження або велось досудове розслідування.

7.2.4. За Ризиком 6:

- оригінали, або належним чином засвідчені копії документів із закладів охорони здоров'я, що підтверджують факт, причини, обставини та наслідки настання Події (виписки з медичної карти амбулаторного або стаціонарного хворого, витяг з історії хвороби, консультаційний висновок спеціаліста, інші медичні документи за формами, встановленими законодавством України, що регулює правовідносини у сфері охорони здоров'я);
- копії рентген-знімків, фотознімки ушкоджень м'яких тканин, результати лабораторних досліджень та інших медичних досліджень УЗД, КТ, МРТ та ін. (запит Страховика);
- довідка про тимчасову непрацездатність, або належним чином засвідчена копія довідки, або інший документ, який згідно з вимогами законодавства України про ведення первинної облікової документації у сфері охорони здоров'я, засвідчує тимчасову непрацездатність. Такі документи надаються у формі, визначеній законодавством України, що регулює порядок формування (видачі) документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність;
- належним чином засвідчена копія Акту про нещасний випадок, який складається у встановленому законодавством України порядку;
- звіт про Нещасний випадок за встановленою Страховиком формою, якщо Подія, що має ознаки страхового випадку відбулася в побутових умовах та Акт про нещасний випадок не складався.

Бланк такого Звіту можна завантажити на веб-сайті Страховика за посиланням: Бланк звіту про нещасний випадок;

- довідка, або належним чином засвідчена копія, видана лікарсько-консультативною комісією (ЛКК), про встановлення неповнолітній Застрахованій особі категорії «дитина з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю підгрупи А» та копія індивідуальної програми реабілітації Застрахованої особи;
- копія рішення суду або рішення правоохоронних органів (постанова про закриття кримінального провадження, вирок суду тощо) – якщо за фактом настання Події було відкрито кримінальне провадження або велось досудове розслідування.

7.2.5. За Ризиком 2, Ризиком 7:

- нотаріально засвідчена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи;
- у випадку визнання/оголошення Застрахованої особи померлою – відповідне рішення суду;
- копія лікарського свідоцтва про смерть (остаточне) або фельдшерська довідка про смерть;
- для спадкоємців Застрахованої особи – нотаріально засвідчена копія свідоцтва про право на спадщину страхової виплати;

- для Вигодонабувача, який перебуває в родинних стосунках із Застрахованою особою – нотаріально засвідчені копії документів, що підтверджують ступінь спорідненості із Застрахованою особою;
- копії документів із закладів охорони здоров'я, що підтверджують факт, причини, обставини та наслідки настання Події (амбулаторної картки або виписки з неї, виписки з історії хвороби (епікризу), висновків лікарів-експертів, результатів медичних досліджень тощо);
- інші документи, що відповідно до чинного законодавства повинні бути складені в залежності від обставин настання Події (наприклад, копія Акту про нещасний випадок, пов'язаний з виробництвом за формою, встановленою чинним законодавством та ін.);
- копія рішення суду або рішення правоохоронних органів (постанова про закриття кримінального провадження, вирок суду тощо) – якщо за фактом настання Події було відкрито кримінальне провадження або велось досудове розслідування.

7.2.6. За Ризиком 3:

- довідка, або належним чином засвідчена копія, видана медико-соціальною експертною комісією (МСЕК) про встановлення інвалідності Страхувальнику;
- нотаріально засвідчена копія свідоцтва про смерть Страхувальника (у випадку смерті Страхувальника).
- оригінали, або належним чином засвідчені копії документів із закладів охорони здоров'я, що підтверджують факт, причини, обставини та наслідки настання Події (виписки з медичної карти амбулаторного або стаціонарного хворого, витяг з історії хвороби, консультаційний висновок спеціаліста, інші медичні документи за формами, встановленими законодавством України, що регулює правовідносини у сфері охорони здоров'я);
- копії рентген-знімків, фотознімки ушкоджень м'яких тканин, результати лабораторних досліджень та інших медичних досліджень УЗД, КТ, МРТ та ін. (запит Страховика);
- копія рішення суду або рішення правоохоронних органів (постанова про закриття кримінального провадження, вирок суду тощо) – якщо за фактом настання Події було відкрито кримінальне провадження або велось досудове розслідування;
- звіт про Нещасний випадок за встановленою Страховиком формою, якщо подія, що призвела до настання випадку, який має ознаки страхового випадку відбулася в побутових умовах та Акт про нещасний випадок не складався.

Бланк такого Звіту можна завантажити на веб-сайті Страховика за посиланням: [Бланк звіту про нещасний випадок](#).

7.3. В залежності від причин та обставин конкретного страхового випадку, а також на виконання вимог чинного законодавства України з питань фінансового моніторингу та/або запроваджених РНБОУ санкційних обмежень, Страховик може письмово запросити у Страхувальника (Застрахованої особи (її законного представника), Вигодонабувача) надання інших документів, відомостей, інформації, необхідних для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати або про відмову у виплаті.

7.3.1. Страхувальник або інший отримувач виплати повинен надати вище зазначені документи у строк, вказаний у такому письмовому запиті Страховика.

7.4. У разі настання Події, за межами державного кордону України та/або якщо Застрахована особа є нерезидентом України, документи, що підтверджують факт, обставини та наслідки такої Події, повинні подаватись у нотаріально завірених копіях з нотаріально завіреним перекладом на українську мову. В даному випадку Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати лише у випадку належного документального підтвердження факту та обставин настання страхового випадку. Документи, визначені цими Загальними умовами, у таких випадках можуть бути замінені на їх іноземні аналоги.

7.5. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у виплаті протягом **30 (тридцяти) робочих днів** після отримання всіх необхідних документів, зазначених у пп. 7.1.-7.4. цих Загальних умов, та у разі прийняття рішення про виплату, **протягом 5 (п'яти) робочих днів** Страховик складає та затверджує Страховий акт.

7.6. Страхова виплата здійснюється Страховиком шляхом її безготівкового перерахування за банківський рахунок одержувача виплати (Вигодонабувача) у термін до **10 (десяти) робочих днів** після затвердження Страхового акта.

7.7. Страхова виплата здійснюється визначеному Договором Вигодонабувачу/Вигодонабувачам (зазначений(і) у відповідному Полісі) у таких розмірах:

7.7.1. При настанні страхового випадку за **Ризиком 1** страхова виплата здійснюється в розмірі 100 % страхової суми, встановленої для такого страхового ризику, збільшеної на суми бонусів (додаткового інвестиційного доходу), що визначаються один раз на рік за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів технічних резервів, за вирахуванням податків та інших обов'язкових платежів, передбачених чинним законодавством України. Отримувач страхової виплати несе витрати, пов'язані з отриманням страхової виплати.

Якщо Договором страхування визначені розміри страхових сум, а також розміри викупних сум у іноземній валюті, страхова виплата розраховується у національній валюті України за курсом НБУ на день складання Страхового акту на виплату викупної суми.

7.7.2. При настанні страхового випадку за **Ризиком 2** страхова виплата здійснюється у розмірі фактично сплачених страхових платежів на дату настання страхового випадку, збільшених на суми бонусів (додаткового інвестиційного доходу), що визначаються один раз на рік за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів технічних резервів, за вирахуванням податків та інших обов'язкових платежів, передбачених чинним законодавством України. Отримувач страхової виплати несе витрати, пов'язані з отриманням страхової виплати.

7.7.3. При настанні страхового випадку за **Ризиком 3** страхова виплата дорівнює сумі страхових внесків, належних до сплати по Договору за **Ризиком 1**. При цьому страхова виплата не здійснюється, а Страхувальник звільняється від сплати страхових внесків за Договором страхування на період з моменту настання страхового випадку до закінчення строку дії Договору страхування

Розмір страхової виплати, яку отримає Вигодонабувач на дату закінчення строку дії Договору дорівнює сумі страхових внесків (страхових платежів), що мають бути сплачені за Договором (за весь строк його дії), збільшеної на суми бонусів (додаткового інвестиційного доходу), що визначаються один раз на рік за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів технічних резервів, за вирахуванням податків та інших обов'язкових платежів, передбачених чинним законодавством України. Отримувач страхової виплати несе витрати, пов'язані з отриманням страхової виплати.

7.7.4. При настанні страхового випадку за **Ризиком 4** розмір страхової виплати визначається у процентному співвідношенні від розміру страхової суми, встановленої у Полісі 2 для **Ризику 4**, згідно з Таблицею розмірів страхових виплат в залежності від характеру тілесних ушкоджень (травм) та їх ускладнень, що отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, яка є Додатком 1 до цих Загальних умов (далі – Таблиця виплат) .

7.7.4.1. У разі, якщо внаслідок страхового випадку Застрахованою особою отримано такі тілесні ушкодження (травми) та/або їх ускладнення, які відсутні в переліку тілесних ушкоджень (травм), зазначених в Таблиці виплат, страхова виплата здійснюється у розмірі 1,0 % від розміру страхової суми, встановленої у Полісі 2 для **Ризику 4**.

7.7.6. При настанні страхового випадку за **Ризиком 5** страхова виплата здійснюється в розмірі 100 % страхової суми, встановленої для **Ризику 5** (зазначається у Полісі 2).

7.7.6.1. Страхова виплата здійснюється (Подія визнається страховим випадком), якщо захворювання, що призвело до настання страхового випадку було виявлено вперше протягом строку дії Договору (з урахуванням часової франшизи), діагноз був підтверджений документами відповідних закладів охорони здоров'я та за умови, що Застрахована особа прожила принаймні 30 днів після діагностування такого захворювання.

7.7.6.2. Після здійснення страхової виплати за **Ризиком 5** дія Договору в частині цього ризику припиняється та зобов'язання Страховика за Договором в частині **Ризику 5** вважаються виконаними в повному обсязі.

7.7.7. При настанні страхового випадку за **Ризиком 6** страхова виплата здійснюється: в розмірі 100 % страхової суми, встановленої для **Ризику 6** (зазначена у Полісі 2) – при встановленні Застрахованій особі категорії «дитина з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю підгрупи А».

7.7.7.1. Страхова виплата здійснюється (Подія визнається страховим випадком), якщо: категорія «дитина з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю підгрупи А» була встановлена неповнолітній Застрахованій особі протягом строку дії Договору; нещасний випадок, що призвів до встановлення Застрахованій особі категорії «дитина з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю підгрупи А» трапився у період дії Договору; захворювання, що призвело до встановлення Застрахованій особі категорії «дитина з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю підгрупи А» було виявлено/діагностовано у період дії Договору (з урахуванням часової франшизи) та його діагноз був підтверджений документами відповідних закладів охорони здоров'я.

7.7.7.2. Після здійснення страхової виплати за **Ризиком 6** дія Договору в частині цього ризику припиняється та зобов'язання Страховика за Договором в частині **Ризику 6** вважаються виконаними в повному обсязі.

7.7.8. При настанні страхового випадку за **Ризиком 7** страхова виплата здійснюється в розмірі 100 % страхової суми, встановленої для **Ризику 7** (зазначена у Полісі 2).

7.8. Страхові виплати за Договором здійснюються незалежно від суми, яку має отримати Застрахована особа за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, чи страхової виплати за іншими договорами страхування або сум, отриманих від інших осіб як відшкодування збитків.

7.9. Рішення про відмову у страховій виплаті або у разі відстрочки прийняття рішення у випадках, передбачених у п. 3.4.5. цих Загальних умов, Страховик повідомляє Страхувальника (Вигодонабувача) у письмовій формі протягом **30 (тридцяти) робочих днів** з дня прийняття відповідного рішення, з обґрунтуванням причин відмови або відстрочки.

8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

8.1. Підставами для відмови у страховій виплаті є:

8.1.1. Навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями.

8.1.2. Вчинення або спроби вчинення Страхувальником, Застрахованою особою або Вигодонабувачем умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку.

8.1.3. Подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (що передбачені у Заяві на страхування), або про факт настання страхового випадку.

8.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (або законним представником Застрахованої особи або іншим Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або обсяг заподіяної шкоди Застрахованій особі.

8.1.5. Наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, що передбачені у розділі 10 цих Загальних умов.

8.1.6. Ненадання або надання в неповному обсязі документів, інформації, відомостей, необхідних для встановлення факту страхового випадку, визначення обсягу заподіяної шкоди та прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати або відмови у виплаті, перелік яких зазначений у розділі 7 цих Загальних умов.

8.1.7. Сприяння (навмисне або з необережності) настанню страхового випадку або збільшенню його наслідків, нехтування Застрахованою особою (її законним представником) безпекою, та/або невжиття розумних заходів по зменшенню наслідків страхового випадку, що призвело до збільшення

обсягу шкоди, заподіяної Застрахованій особі, груба необережність (недбалість) Страхувальника, Застрахованої особи (її законного представника).

Під «грубою необережністю (недбалістю)» розуміється вчинення дій або утримання від вчинення дій (бездіяльність) Страхувальника, Застрахованої особи (її законного представника), внаслідок яких настав страховий випадок, якщо вказані особи припускали, що їх дії або бездіяльність могли призвести до страхового випадку, але легковажно розраховували на їх відвернення, та/або не припускали наслідків своїх дій чи бездіяльності, хоча повинні і могли б їх передбачити.

8.1.8. Неповідомлення Страхувальником про зміни в Істотній інформації згідно з п. 3.3.3. цих Загальних умов.

8.1.9. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

8.2. У випадку, якщо про обставини, які є підставою для відмови у страховій виплаті або підпадають під перелік винятків із страхових випадків та/або обмежень страхування Страховику стало відомо після здійснення страхової виплати, Страховик має право вимагати від особи, яка одержала страхову виплату, повернення виплаченої грошової суми або її частини.

8.3. Рішення про відмову у страховій виплаті Страховик повідомляє у термін, зазначений у п. 7.9. цих Загальних умов.

8.4. Рішення Страховика про відмову у страховій виплаті та/або її розмір можуть бути оскаржені Страхувальником (Вигодонабувачем) у судовому порядку.

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

9.1. Договір страхування укладається в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформлюється у паперовій формі.

9.2. Згідно з цими Загальними умовами Договір укладається шляхом обміну документами, які підписуються Стороною, що їх надсилає, а саме: Заявою на страхування, підписаною Страхувальником та Полісом, що не містить розбіжностей з поданою Заявою на страхування, підписаним Страховиком.

9.3. Заява на страхування, Поліс (за накопичувальною та ризиковою складовими Договору) та ці Загальні умови разом складають Договір страхування, є його невід'ємними частинами та не діють окремо одна від одної.

9.4. Для укладення Договору страхування Клієнту (потенційному Страхувальнику) необхідно звернутись до Страховика або його страхового посередника (далі – представник Страховика) або подати електронну заявку через веб-сайт Страховика, залишивши свої контактні дані, для отримання консультації щодо умов страхового продукту «ДІТИ» (далі – Продукт) та з'ясування потреб та вимог Клієнта у страхуванні згідно з цим Продуктом.

9.5. Після отримання запиту від Клієнта представник Страховика (у спосіб, обраний Клієнтом при направленні заявки) зв'язується з Клієнтом у зручний для нього час та надає безоплатну консультацію щодо умов страхування згідно з Продуктом та запитує інформацію, що дозволяє з'ясувати потреби та вимоги Клієнта у страхуванні.

9.6. З метою визначення потреб та вимог Клієнта у страхуванні, представник Страховика може попросити Клієнта заповнити Анкету-опитувальник або запропонувати в усній формі відповісти на питання, необхідні для попереднього розрахунку обраних Клієнтом умов страхування згідно з цим Продуктом.

9.6.1. До інформації, необхідної для попереднього розрахунку та підготовки пропозиції Клієнту відноситься:

- 1) ПІБ, дата народження, стать Страхувальника;
- 2) ПІБ, дата народження, стать Застрахованої особи;
- 3) чи займається Застрахована особа спортом професійно та яким саме видом спорту, чи бере участь у спортивних змаганнях, є членом дитячих спортивних команд або має хобі, пов'язані з ризиковими видами спорту (авіацією, пірнанням у воду (плавання з аквалангом, дайвінгом і т.і.), парашутним спортом, дельтапланеризмом, автомобільними перегонами, гірськими/водними лижами, сноубордингом, вітрильним спортом, альпінізмом, скелелазінням, спелеологією, боксом, боротьбою

чи бойовими мистецтвами, верховою їздою тощо);

4) умови страхового покриття за накопичувальною складовою Договору (обираються Клієнтом: перелік страхових ризиків, строк дії Договору, розміри страхових сум, валюта страхування (гривня/долари США/ євро), періодичність сплати та розміри страхових платежів);

5) умови страхового покриття за ризиковою складовою Договору (обираються Клієнтом: перелік страхових ризиків, строк дії Договору, розміри страхових сум, періодичність сплати та розміри страхових платежів).

9.6.2. На підставі наданої Клієнтом інформації згідно з п. 9.6.1. Загальних умов формується попередній розрахунок умов страхування для укладення Договору. Такий попередній розрахунок надається Клієнту у паперовій формі або надсилається на вказану ним електронну пошту або через месенджер, для прийняття Клієнтом свідомого рішення щодо укладення Договору.

9.7. У разі прийняття Клієнтом рішення щодо укладення Договору на запропонованих умовах (згідно з п. 9.6. Загальних умов), Клієнт має ознайомитись з цими Загальними умовами, які розміщені на веб-сайті Страховика за посиланням: [Загальні умови страхового продукту «Страхування життя з накопичувальною та ризиковою складовими «Діти»»](#), інформацією про страхову послугу: [«Страхування життя з накопичувальною та ризиковою складовими «Діти»»](#), заповнити та подати Страховику Заяву на страхування за формою, встановленою Страховиком. Бланк Заяви на страхування надається представником Страховика.

9.7.1. При заповненні Заяви на страхування Клієнт має зазначити: свої персональні дані та персональні дані Застрахованої особи, визначити (за згодою Застрахованої особи (її законного представника) Вигодонабувачів за кожним страховим випадком із зазначенням належної кожному з них частки страхової виплати; надати правдиву та достовірну інформацію на всі поставлені питання; підтвердити своє ознайомлення з інформацією про страховий продукт та про те, що наданої Страховиком інформації достатньо для прийняття ним усвідомленого рішення про укладення Договору; надати згоду на обробку персональних даних та на отримання Страховиком інформації щодо стану здоров'я Застрахованої особи; підтвердити наявність страхового інтересу щодо об'єкту страхування та згоду Застрахованої особи (її законного представника) на страхування; обрати зручний спосіб комунікацій із Страховиком; власноручно підписати Декларацію Страхувальника та забезпечити підписання Декларації Застрахованої особи її законним представником; вказати дату підписання Заяви на страхування та зазначити поштову адресу, на яку має бути відправлена документація від Страховика та/або інший спосіб отримання документації від Страховика (особисто/через представника Страховика).

9.7.2. Заява на страхування складається та підписується Страхувальником у 2 (двох) оригінальних примірниках, по одному для кожної із Сторін.

9.7.3. До Заяви на страхування Страхувальник додає належним чином завірені копії документів для ідентифікації та верифікації Страхувальника та Застрахованої особи, а саме: копії паспорта або ID-картки, копії ППН/РНОКПП. Копії зазначених документів мають бути завірені особистим підписом Страхувальника із зазначенням дати такого засвідчення.

9.7.4. Два примірника підписаної Страхувальником Заяви на страхування разом із копіями документів (згідно з п. 9.7.3. Загальних умов) надсилаються на офіційну адресу Страховика або передаються представнику Страховика.

9.8. На підставі отриманої від Страхувальника Заяви на страхування Страховик оформлює та підписує Поліс 1 (за накопичувальною складовою Договору) та Поліс 2 (за ризиковою складовою Договору, якщо Договір включатиме цю складову), які не повинні містити розбіжностей із поданою Заявою на страхування. Зазначені Поліси підписуються Страховиком у двох оригінальних примірниках кожен, по одному для кожної із Сторін.

9.8.1. У разі, якщо на підставі інформації, отриманої Страховиком у Заяві на страхування, у Страховика виникнуть обґрунтовані підстави для додаткової перевірки стану здоров'я Застрахованої особи з метою оцінки страхового ризику, що приймається на страхування, Страховик має право запросити надання висновків медичного обстеження Застрахованої особи.

9.8.2. На підставі отриманих від Страхувальника або законного представника (Застрахованої особи) висновків медичного обстеження Застрахованої особи згідно з п. 9.8.1. Загальних умов, Страховик може запропонувати умови страхування, що відрізняються від початкових, на підставі яких здійснювався попередній розрахунок згідно з п. 9.6.2. Загальних умов.

9.8.3. У разі відмови законного представника Застрахованої особи від проходження нею медичного обстеження згідно з п. 9.8.1. Загальних умов, Страховик має право відмовити у прийнятті ризику на страхування та в укладенні Договору. При цьому, страховий платіж (якщо він був сплачений Страхувальником) підлягає поверненню Страхувальнику за вказаними у Заяві на страхування реквізитами.

9.9. Підписані Страховиком примірники Полісу 1 та Полісу 2 та Заява на страхування (примірник Страхувальника з відміткою Страховика про прийняття ризиків на страхування) надсилаються на поштову адресу Страхувальника, вказану ним в Заяві на страхування або в інший, обраний Страхувальником спосіб, не пізніше **10 (десяти)** робочих днів з дати отримання Страховиком належним чином оформленої Заяви на страхування та документів (завіреніх копій), що додаються до неї.

9.10. Договір страхування вважається укладеним за наявності:

- заповненої належним чином, підписаної Страхувальником та наданої Страховику Заяви на страхування з документами, що додаються до неї (згідно з п. 9.7.3. цих Загальних умов) та, за необхідності, висновками медичного обстеження Застрахованої особи у випадках, передбачених п. 9.8.1. Загальних умов;
- підписаного Страховиком та переданого Страхувальнику в обумовлений з ним спосіб Полісу (Поліс 1 та Поліс 2 (якщо Договір включає в т.ч. ризикову складову));
- сплати Страхувальником страхового платежу у розмірі та строк, зазначений у відповідному Полісі.

9.11. Договір набирає чинності з дати початку строку дії Договору, але не раніше 00-00 годин дати, наступної за датою надходження першого страхового платежу за Договором на банківський рахунок Страховика.

9.12. Гранична частка витрат Страховика на укладення та виконання Договору страхування (за ризиковою складовою) згідно з цими Загальними умовами складає 60 % страхового платежу.

10. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

10.1. Згідно з цими Загальними умовами **не можуть бути Застрахованими особами/Страхувальником** за Договором:

10.1.1. За **Ризиками 1-2** – особи, чий вік менше від **1 (одного)** повного року або перевищує **17 (сімнадцять)** повних років на дату початку строку дії Договору, та чий вік перевищує граничний вік Застрахованої особи на дату закінчення строку дії Договору згідно п. 1.7.5. цих Загальних умов, за накопичувальною складовою Договору.

10.1.2. За **Ризиками 4-7** – особи, чий вік менше від **3 (трьох)** повних років або перевищує **17 (сімнадцять)** повних років на дату початку строку дії Договору, та чий вік перевищує граничний вік Застрахованої особи на дату закінчення строку дії Договору згідно п. 1.7.5. цих Загальних умов, за ризиковою складовою Договору.

10.1.3. Особи, чий вік перевищує **65 (шістьдесят п'ять)** років на дату закінчення строку дії Договору (за **Ризиком 3**).

10.1.4. Особи, яким встановлено I або II групу інвалідності (за **Ризиком 3**).

10.1.5. Особи, щодо страхування яких укладається Договір, яким була встановлена раніше та/або на дату укладання Договору страхування категорія «дитина з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю підгрупи А» (за **Ризиками 4-7**).

10.1.6. Особи, щодо страхування яких укладається Договір, яким було встановлено раніше та/або які мають на дату укладання Договору страхування захворювання, що відноситься до класу XVII МКЗ-10 «Вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення (Q00-Q99).

10.1.7. Особи, які вживають наркотичні, токсичні речовини з метою токсичного сп'яніння, страждають на алкоголізм.

10.1.8. Особи зі стійкими нервовими чи психічними розладами.

10.1.9. Особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом.

10.1.10. Особи, які перенесли або мають на дату укладання Договору страхування онкологічні захворювання, хронічний гепатит, гостру ниркову недостатність, діабет, важкі форми захворювання серцево-судинної системи (стенокардія, інфаркт міокарда, аорто-коронарне шунтування), захворювання на атеросклероз, інсульт, СНІД та/або пов'язані зі СНІДом захворювання, є ВІЛ-інфікованими.

10.1.11. Особи, які займаються ризиковими видами спорту професійно або мають хобі, пов'язані з ризиковими видами спорту (авіацією, пірнанням у воду (плавання з аквалангом, дайвінгом і т.і.), парашутним спортом, дельтапланеризмом, автомобільними перегонами, гірськими/водними лижами, сноубордингом, вітрильним спортом, альпінізмом, скелелазінням, спелеологією, боксом, боротьбою чи бойовими мистецтвами, верховою їздою тощо) (за **Ризиками 3-7**).

10.2. Не визнаються страховими випадками події, які сталися внаслідок:

10.2.1. Самогубства, спроб самогубства або наслідків замаху на самогубство, в тому числі вчинки (дії), які було здійснено в стані неосудності, розумового або психосоматичного розладу, за винятком випадків, коли Застраховану особу, а також Страхувальника (якщо **Ризик 3** включено до страхового покриття) було доведено до цього протиправними діями третіх осіб.

10.2.2. Недотримання Застрахованою особою та Страхувальником (якщо **Ризик 3** включено до страхового покриття) медичних рекомендацій та/або відмови від медичної допомоги, самолікування або лікування методами нетрадиційної медицини, лікування експериментальними препаратами або участі в якості добровольця у фізіологічних або медичних дослідженнях, проведення косметичних операцій, не спрямованих на виправлення наслідків хвороби або нещасного випадку.

10.2.3. Активної участі Страхувальника (якщо **Ризик 3** включений до страхового покриття) у війні, воєнних діях чи військових заходах, військових навчаннях або навчаннях поліції, морських, повітряних, наземних чи іншого виду військових операціях (незалежно від того, чи оголошено про стан війни, чи ні).

«Активною участю» вважається служба Страхувальника (за **Ризиком 3**) у будь-яких родах військ збройних сил держави (сухопутних, повітряних, військово-морських, десантно-штурмових тощо) чи інших військових формуваннях та/або участь у бойових діях та/або військових операціях таких збройних сил чи інших військових формувань, участь в операціях військ територіальної оборони.

10.2.4. Участі Застрахованої особи та Страхувальника (якщо **Ризик 3** включений до страхового покриття) у збройних заворушеннях, громадянських війнах, заколотах, повстаннях, народних хвилюваннях і страйках, масових безладах, революціях, громадських заворушеннях, групових порушеннях громадського порядку, збройних вторгненнях, діях зовнішніх ворогів, бунтах, захопленнях чи узурпації влади, терористичних актах, будь-яких інших подіях військового характеру, що спонукають для оголошення війни, збройних конфліктів.

10.2.5. Керування Застрахованою особою та Страхувальником (якщо **Ризик 3** включений до страхового покриття) транспортним засобом в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, під дією медичних препаратів, що заборонені при керуванні транспортним засобом, та/або без наявності посвідчення водія відповідної категорії, та/або передача керування транспортним засобом особі, яка перебувала в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, під дією медичних препаратів, що заборонені при керуванні транспортним засобом, та/або без наявності посвідчення водія відповідної категорії, якщо Застрахована особа/Страхувальник (за **Ризиком 3**) заздалегідь про це знала(в), але знехтувала(в) цим.

10.2.6. Психічних та/або нервових захворювань Застрахованої особи та Страхувальника (якщо **Ризик 3** включений до страхового покриття), а також захворювань, пов'язаних з епідеміями при встановленні карантину.

10.2.7. Вживання Застрахованою особою та Страхувальником (якщо **Ризик 3** включений до страхового покриття) алкоголю, наркотичних або токсичних речовин (за винятком випадків насильницького введення таких речовин Застрахованій особі/Страхувальнику (за **Ризиком 3**) третіми особами) або дій Застрахованої особи/Страхувальника (за **Ризиком 3**) у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, інтоксикації або під впливом вжитих без призначення лікаря медичних препаратів. Виключення також становлять усі страхові випадки, під час яких Застрахована особа/Страхувальник (за **Ризиком 3**) знаходилась(вся) під впливом алкогольного сп'яніння, наркотичних або токсичних речовин.

10.2.8. Наявності у Застрахованої особи, а також Страхувальника (якщо **Ризик 3** включений до страхового покриття) Синдрому набутого імунodefіциту (СНІД) або захворювань, що відносяться до комплексу СНІД, незалежно від шляху зараження, або якщо тести ВІЛ або антитіла до цього вірусу виявилися позитивними.

10.2.9. Небезпеки. Під «небезпекою» розуміється факт того, що Застрахована особа та Страхувальник (якщо **Ризик 3** включений до страхового покриття) добровільно наражала(в) або наражає себе на небезпеку (крім спроб врятувати людське життя), або скоєння Застрахованою особою/Страхувальником(за **Ризиком 6**) протиправних дій, або порушень законодавчо встановлених вимог та обмежень для цивільного населення в умовах оголошеного в країні воєнного стану, зокрема: недотримання комендантської години; прогулянки парками, лісами, купання в водоймах/морі тощо, які територіально відносяться до громад, де центральною та/або місцевою владою такі відвідування/купання тощо були заборонені та заборона не була знята на момент настання страхового випадку.

10.2.10. Вагітності або пологів. Під цим розуміються події, пов'язані з процесом природного протікання у Застрахованої особи вагітності або пологів, включаючи непрацездатність, пов'язану з перериванням вагітності.

10.2.11. Подій, які відбулися із Застрахованою особою та Страхувальником (якщо **Ризик 3** включений до страхового покриття) в місцях позбавлення волі.

10.2.12. Польотів, за виключенням польотів в якості пасажирів офіційно зареєстрованої авіакомпанії, якщо Застрахована особа, а також Страхувальник (якщо **Ризик 3** включений до страхового покриття) мала(в) оплачений квиток на такий рейс.

10.2.13. Ризикових занять (або занять ризиковими видами спорту). Під цим розуміється заняття Застрахованою особою, а також Страхувальником (якщо **Ризик 3** включений до страхового покриття) зимовими видами спорту (крім звичайного катання на лижах, катання на ковзанах, керлінгу), підводним плаванням із застосуванням апаратів штучного дихання, альпінізмом або скелелазінням, спелеологією, дельтапланеризмом або стрибками з парашутом, мисливством; участь або підготовка Застрахованої особи/Страхувальника (за **Ризиком 3**) до змагань на швидкість або час, встановлення рекорду, отримання спортивного звання чи розряду, до спринту або перегонів будь-якого виду (крім плавання та пішохідних видів спорту), до будь-яких автоперегонів або перегонів на мотоциклах, скутерах; професійні заняття спортом.

10.2.14. Приведення у виконання смертної кари, до якої Страхувальника (за **Ризиком 3**) було засуджено вироком суду.

10.2.15. Впливу ядерної або атомної енергії в будь-якій формі.

10.2.16. Довготривалого перебування Застрахованої особи, а також Страхувальника (якщо **Ризик 3** включений до страхового покриття) у кліматично небезпечних регіонах, поїздок до регіонів з нестабільною політичною ситуацією, у тому числі в якості члена наукових або інших експедицій. Під довготривалим перебуванням розуміється перебування Застрахованої особи/Страхувальника (за **Ризиком 3**) у відповідних регіонах не менше, ніж 30 (тридцять) календарних днів.

10.2.17. Пластичних операцій, усунення недоліків зовнішності або фігури Застрахованої особи, а також Страхувальника (якщо **Ризик 3** включений до страхового покриття).

10.2.18. Захворювання, що призвело до страхового випадку, яке було діагностоване до початку строку дії Договору та/або протягом перших 3 (трьох) місяців дії Договору (часової франшизи).

10.3. Страховик не визнає страховим випадком та не здійснює страхову виплату у випадках, передбачених розділом 8 цих Загальних умов.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Всі спори між Страхувальником та Страховиком вирішуються шляхом переговорів. При вирішенні будь-яких питань стосовно Договору Сторони керуються цими Загальними умовами, на підставі яких був укладений Договір, Законом України «Про страхування», іншими законодавчими та нормативно-правовими актами України.

11.2. Під час надання послуг Страховик дотримується високої якості обслуговування клієнтів та дотримання вимог законодавства у сфері захисту прав споживачів фінансових послуг. Зокрема, клієнтам надається вільний доступ до інформації про страхові послуги, що надаються Страховиком на його офіційній веб-сторінці в мережі Інтернет: www.aska-life.com.ua та у місцях обслуговування клієнтів.

У разі виникнення скарг, до Страховика можна звернутись:

за адресою місцезнаходження: Україна, 03186, м.Київ, вул. Авіаконструктора Антонова, 5

телефоном: (044) 4928 492, електронною поштою: office@aska-life.com.ua.

11.3. Також за захистом своїх прав споживачі фінансових послуг можуть звертатись до Національного банку України (далі – НБУ), який є державним регулятором ринків фінансових послуг:

веб-сторінка: <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>, телефон: 0 800 505 240.

У разі, якщо Ви не додзвонились до оператора і всі лінії були зайняті або Ви телефонуєте в неробочий день та час, – залиште Ваш номер телефону на автовідповідач і НБУ Вам зателефонує.

Ви можете звернутись до НБУ онлайн або надіславши звернення на електронну пошту: nbu@bank.gov.ua, заповнивши та надіславши спеціальну форму, розміщену на веб-сайті НБУ. За необхідності, до заповненої форми можна додати супровідні матеріали.

Адреса НБУ для листування: вул. Інститутська, 9, м. Київ, 01601,

для подання письмових звернень громадян: вул. Інститутська, 11-б, м. Київ, 01601.

З графіком особистого прийому керівництвом НБУ можна ознайомитись на офіційному веб-сайті: <https://bank.gov.ua>.

11.4. Якщо Страхувальник та Страховик не можуть дійти згоди шляхом переговорів, спори вирішуються у судовому порядку, передбаченому чинним законодавством України.

12. КОНТАКТНІ ДАНІ СТРАХОВИКА ДЛЯ ЗВЕРНЕНЬ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

12.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, консультації щодо оформлення страхової виплати надаються за наступними контактними даними:

тел. +38 (044) 492-8-492;

тел. +38 (093) 361-60-16 (Viber)

адреса електронної пошти: vyplaty@aska-life.com.ua.

Додаток 1 до Загальних умов страхового продукту
«Страхування життя з накопичувальною та
ризиковою складовими «ДІТИ»»

від «15» липня 2024 р.

Статті	ПОШКОДЖЕННЯ	Розмір страхової виплати (% від страхової суми)
ЦЕНТРАЛЬНА ТА ПЕРИФЕРІЙНА НЕРВОВА СИСТЕМА		
1.	Перелом кісток черепа:	
а)	перелом зовнішньої пластинки кісток склепіння	5
б)	перелом склепіння	15
в)	перелом основи	20
г)	перелом склепіння та основи	25
	<i>При відкритих переломах виплачується додатково 5%</i>	
2.	Внутрішньочерепний травматичний крововилив:	
а)	субарахноїдальний	5
б)	епідуральна гематома	10
в)	субдуральна гематома	15
3.	Роздроблення речовини головного мозку	50
4.	Удар головного мозку	10
5.	Невидалені сторонні предмети порожнини черепа (за виключенням шовного та пластичного матеріалу)	15
6.	Струс головного мозку:	
а)	що потребував стаціонарного та (або) амбулаторного лікування строком від 3 до 9 днів включно	1
б)	що потребував стаціонарного та (або) амбулаторного лікування не менше 10 днів	2
7.	Пошкодження спинного мозку на будь-якому рівні, а також “кінського хвоста”:	
а)	частковий розрив, стискання, поліомієліт	60
б)	повний розрив	100
8.	Периферійне пошкодження черепно-мозкових нервів	10
9.	Пошкодження шийного, плечового, поперекового, крижового сплетень та їх нервів:	
	Пошкодження сплетень:	
а)	частковий розрив сплетень	40
б)	розрив сплетень	70
	Розрив нервів:	
г)	на рівніпроменево-зап'ястного, гомілковостопного суглоба	10
д)	на рівніпередпліччя, гомілки	20
е)	на рівніплеча, ліктьового суглоба, стегна, колінного суглоба	40
	Травматичний неврит	5
ОРГАНИ ЗОРУ		
10.	Параліч акомодатії одного ока	15
11.	Геміанопсія одного ока	15
12.	Звуження поля зору одного ока:	
а)	неконцентричне	5
б)	концентричне	10

13.	Пульсуючий екзофтальм одного ока	10
14.	Проникаюче поранення очного яблука, рубцевий тріхіаз	10
15.	Порушення функції сльозопровідних шляхів	5
16.	Опіки II-III ступеня, непроникаючі поранення очного яблука, гемофтальм, зміщення кришталика, немагнітні сторонні предмети очного яблука та очниці, рубці оболонок очного яблука, які не викликали погіршення зору, ерозія роговиці	5
	<i>Поверхневі сторонні предмети на оболонках ока не дають підстав для виплати</i>	
17.	Пошкодження ока, що спричинило повну втрату зору одного ока	35
18.	Пошкодження ока, що спричинило повну втрату зору єдиного ока, що мало будь-який зір, або обох очей, що мали будь-який зір	100
19.	Видалення в результаті травми очного яблука, що не мало зору	10
20.	Перелом орбіти	10
ОРГАНИ СЛУХУ		
21.	Пошкодження вушної раковини, що спричинило:	
а)	рубцеву деформацію або відсутність 1/3 вушної раковини	3
б)	відсутність половини вушної раковини	5
в)	повна відсутність вушної раковини	10
22.	Пошкодження вуха, що спричинило втрату слуху:	
а)	на одне вухо	15
б)	повну глухоту (анакузія) (розмовна мова 0)	30
23.	Розрив барабанної перетинки, що стався в результаті травми, без погіршення слуху	5
	<i>Розрив барабанної перетинки при переломах основи черепа не дає підстав для виплати за цією статтею.</i>	
ДИХАЛЬНА СИСТЕМА		
24.	Перелом кісток носа	3
25.	Пошкодження легені, що викликало: підшкірну емфізему, гемоторакс, пневмонію, ексудативний плеврит; сторонній предмет (предмети) грудної порожнини:	
а)	з одного боку	10
б)	з двох боків	20
26.	Пошкодження легені, що спричинило:	
а)	видалення сегмента або декількох сегментів легені	15
б)	видалення долі легені	30
в)	видалення легені	50
27.	Перелом грудини	5
28.	Переломи ребер:	
а)	одного або двох ребер	2
б)	трьох та більше	5
29.	Проникаюче поранення грудної клітки, торакотомія з приводу травми:	
а)	при відсутності пошкодження органів грудної порожнини	5
б)	при пошкодженні органів грудної порожнини	20
	<i>Якщо легеню або її частину було видалено через поранення грудної клітки, стаття 29 не застосовується.</i>	
30.	Пошкодження гортані, трахеї, перелом під'язичної кістки	15
31.	Пошкодження гортані, трахеї, під'язичної кістки, щитовидного хряща, що спричинили носіння трахеостомічної трубки	20
	<i>Якщо передбачені виплати за ст. 31, ст. 30 не застосовується.</i>	
СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА		

32.	Пошкодження серця, ендо-, міо- та епікарда та великих магістральних судин, що спричинило серцево-судинну недостатність.	35
33.	Пошкодження серця, ендо-, міо- та епікарда та великих магістральних судин, що не спричинило серцево-судинну недостатність	5
34.	Пошкодження великих периферійних судин, що спричинило серцево-судинну недостатність	25
	<i>Якщо передбачені виплати за ст. 32 та 34, ст. 33 не застосовується</i>	
ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ		
35.	Переломи щелеп:	
а)	верхньої щелепи, виличних кісток	5
б)	нижньої щелепи	5
	<i>Якщо при переломі альвеолярного відростка є втрата зубів, то за його перелом страхова сума не виплачується</i>	
36.	Пошкодження щелепи, що спричинило:	
а)	відсутність частини щелепи (за виключенням альвеолярного відростка)	40
б)	відсутність щелепи Враховано і втрату зубів незалежно від їх кількості	60
37.	Пошкодження язика, що спричинило:	
а)	відсутність язика на рівні дистальної третини	15
б)	на рівні середньої третини	30
в)	на рівні кореня, повна відсутність	50
38.	Втрата зубів:	
а)	4 – 6 зубів	7
б)	7 – 9 зубів	10
в)	10 та більше	15
39.	Пошкодження стравоходу, що викликало:	
а)	звуження стравоходу	30
б)	непрохідність стравоходу (не раніше, ніж через 6 місяців від дня травми) <i>Виплата проводиться за вирахуванням попередньої виплати за ст. 39 а.</i>	80
40.	Пошкодження органів травлення, що спричинило:	
а)	рубцеве звуження шлунка, кишечника, відхідникового проходу	15
б)	спайкову хворобу	25
в)	кишковий свищ, кишково-піхвовий свищ, свищ підшлункової залози	40
г)	накладення колостоми	50
41.	Пошкодження печінки у результаті травми, що спричинило:	
а)	підкапсульний розрив печінки, що викликав оперативне втручання,	20
б)	видалення жовчного міхура	15
42.	Видалення більше половини печінки у результаті травми	30
43.	Пошкодження селезінки, що спричинило:	
а)	підкапсульний розрив селезінки, що не викликав оперативне втручання	10
б)	видалення селезінки	20
44.	Пошкодження шлунка, підшлункової залози, кишечника, брижів, що спричинили:	
а)	видалення частини до 1/3 шлунка, 1/3 кишечника	15
б)	видалення частини 1/2 шлунка, 1/3 хвоста підшлункової залози, 1/2 кишечника	25
в)	видалення частини 2/3 шлунка, 2/3 кишечника, 2/3 тіла підшлункової залози	40
г)	видалення шлунка, 2/3 підшлункової залози, кишечника	50
д)	видалення шлунка з кишечником та частиною підшлункової залози	90
СЕЧОСТАТОВА СИСТЕМА		

45.	Пошкодження нирки, що спричинило:	
а)	удар нирки	5
б)	видалення частини нирки	20
в)	видалення нирки	50
46.	Пошкодження органів сечовидільної системи, що спричинило:	
а)	термінальну стадію гострої ниркової недостатності	50
б)	непрохідність сечоводу, сечівника, сечостатевої свищі	40
	<i>Якщо в результаті травми настане порушення функції декількох органів сечовидільної системи, відсоток страхової суми визначається за одним з підпунктів ст. 46., який враховує найбільш тяжкі наслідки, пошкодження</i>	
47.	Пошкодження органів сечовидільної системи, у зв'язку з яким проведено оперативне втручання:	
а)	при пошкодженні органів	15
	<i>Якщо видалено нирку або частину нирки, ст. 47 не застосовується</i>	
48.	Пошкодження статевої системи, що спричинило:	
	У жінок:	
а)	втрату одного яєчника, яєчника та однієї маткової труби, яєчника та двох маткових труб	15
б)	втрату двох яєчників (єдиного яєчника)	25
в)	втрату матки з трубами у віці:	
	до 40 років	50
	від 41 до 50 років	30
	від 51 років та старше	15
г)	втрату однієї молочної залози	15
д)	втрату двох молочних залоз	30
	У чоловіків:	
е)	втрату двох яєчок, частини статевого члена	30
ж)	втрату статевого члена	40
з)	втрату статевого члена та одного або двох яєчок	50
М'ЯКІ ТКАНИНИ		
49.	Розміри страхової виплати при опіках II - IV ступеня, за виключенням опіків, що утворилися у результаті впливу ультрафіолетового (сонячного) випромінювання, приведено в останньому розділі цієї Таблиці виплат. Пошкодження (крім опіків) м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок:	
а)	1% - 2% поверхні тіла	2
б)	3% - 5% поверхні тіла	5
в)	6% - 9% поверхні тіла	10
г)	10% - 20% поверхні тіла	20
д)	21%-30% поверхні тіла	30
е)	31% поверхні тіла та більше	60
50.	Пошкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бічної поверхні шиї, підщелепної області, вушних раковин, що спричинили:	
а)	утворення рубців площею від 5 см ² та більше або загальною довжиною 5 см та більше	10
б)	утворення рубців площею від 10 см ² та більше або загальною довжиною 15 см та більше	20
	<i>Якщо було проведено виплату за ст. 49, виплата за ст. 50 здійснюється за вирахуванням раніше проведеної за ст. 49 виплати. При відкритих переломах кісток та операціях виплата за рубці не проводиться.</i>	
51.	Опікова хвороба, опіковий шок	15
52.	Закрите пошкодження м'яких тканин, що спричинило виникнення	10

	м'язової грижі, посттравматичного періоститу, перихондриту, повного та часткового розриву зв'язок та сухожиль	
ХРЕБЕТ		
53.	Перелом тіл хребців:	
а)	одного-двох	15
б)	трьох та більше	20
54.	Повний розрив міжхребцевих зв'язок, підвивих хребців При рецидивах підвивиху хребця страхова сума не виплачується	10
55.	Перелом поперечних або остистих відростків:	
а)	одного-двох	5
б)	трьох та більше	10
	<i>Якщо передбачені виплати по ст. 53, ст. 55 не застосовується</i>	
56.	Перелом крижів, куприка, вивих куприкових хребців	10
57.	Видалення куприка у зв'язку з травмою	15
ВЕРХНЯ КІНЦІВКА		
ЛОПАТКА, КЛЮЧИЦЯ		
58.	Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально-ключичного, грудинно-ключичного зчленувань:	
а)	перелом однієї кістки або розрив одного зчленування	5
б)	перелом двох кісток, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки та розрив одного зчленування	10
в)	розрив двох зчленувань та перелом однієї кістки, перелом двох кісток та розрив одного зчленування	15
г)	перелом який не зрісся (хибний суглоб)	15
	<i>Якщо у зв'язку з травмою проводилась виплата за ст. 58 а)б)в), а потім виникли ускладнення, зазначені у ст. 58 г), виплати проводяться у відповідності до одного з підпунктів ст. 58, за вирахуванням раніше проведеної виплати</i>	
ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ		
59.	Пошкодження плечового суглоба (суглобної западини, голівки плечової кістки, анатомічної шийки, горбків, зв'язок, суглобної сумки, вивих плеча, розтягання зв'язок):	
а)	перелом однієї кістки, вивих плеча, повний та частковий розрив сухожиль, капсули суглобної сумки	5
б)	перелом двох кісток, переломо-вивих	10
в)	перелом плеча, повний та частковий розрив сухожиль, перелом який не зрісся	20
60.	Пошкодження плечового суглоба, що спричинило:	
а)	відсутність рухів у суглобі (анкілоз) <i>Виплата проводиться не раніше ніж через 3 місяці від дня травми при підтвердженні початкового діагнозу</i>	30
б)	плечовий суглоб, що "бовтається", у результаті резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають	40
	<i>Якщо з причини пошкоджень, перелічених у ст. 58, 59 та 60, проводились хірургічні втручання, додатковій виплаті підлягає 10% страхової суми. При цьому додаткова виплата за взяття трансплантата не проводиться.</i>	
	<i>Якщо у зв'язку з травмою плечового суглоба проводилась виплата за ст. 59, а потім виникли ускладнення, перелічені у ст. 60, виплати проводяться у відповідності до одного з підпунктів ст. 60, за вирахуванням раніше проведеної виплати.</i>	

ПЛЕЧЕ		
61.	Перелом плеча на будь-якому рівні (крім суглобів):	
а)	без зміщення	10
б)	зі зміщенням	15
62.	Травматична ампутація плеча на будь-якому рівні або його серйозне пошкодження з необхідністю ампутації на рівні:	
а)	верхньої кінцівки з лопаткою, ключицею або їх частиною	70
б)	плеча вище ліктя	65
в)	плеча на рівні ліктя	60
63.	Перелом плеча, ускладнений утворенням хибного суглоба	35
	Виплата за ст. 63 проводиться не раніше 9 місяців від дня травми за умови підтвердження діагнозу. Якщо була проведено виплату у зв'язку з травмою плеча, подальші виплати проводяться за її вирахуванням, після постановки остаточного діагнозу.	
ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ		
64.	Пошкодження області ліктьового суглоба(перелом кісток, що формують суглоб, повний або частковий розрив зв'язок, капсули суглобної сумки, вивих передпліччя, розтягання зв'язок)	
а)	перелом однієї кістки без зміщення відламків, пошкодження зв'язок (повний або частковий розрив)	10
б)	перелом двох кісток без зміщення відламків	15
в)	перелом кісток зі зміщенням відламків	20
65.	Пошкодження області ліктьового суглоба, що спричинило:	
а)	відсутність рухів у суглобі	30
б)	ліктьовий суглоб, що "бовтається" (у результаті резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають)	40
	Виплата за ст. 65 проводиться не раніше 9 місяців від дня травми за умови підтвердження діагнозу. Якщо було проведено виплату за ст. 64, то подальші виплати проводяться за її вирахуванням, після постановки остаточного діагнозу.	
ПЕРЕДПЛІЧЧЯ		
66.	Перелом кісток передпліччя:	
а)	однієї кістки	5
б)	двох кісток	10
67.	Травматична ампутація або важке пошкодження, що призвело до ампутації передпліччя на будь-якому рівні	60
ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСНИЙ СУГЛОБ		
68.	Перелом кісток передпліччя в області дистального метафіза, міжсуглобовий перелом кісток, що складають променево-зап'ясний суглоб, повний або частковий розрив зв'язок:	
а)	перелом кісток	3
б)	повний або частковий розрив зв'язок	2
69.	Травматичний анкілоз променево-зап'ясного суглоба	10
	Виплата за ст. 69 проводиться не раніше 9 місяців від дня травми за умови підтвердження діагнозу. Якщо була проведено виплату за ст. 68, то подальші виплати проводяться за її вирахуванням, після постановки остаточного діагнозу	
КІСТКИ КИСТІ		
70.	Перелом або вивих кісток зап'ястя:	
а)	однієї кістки (за виключенням човноподібної)	5

б)	двох та більше кісток (за виключенням човноподібної), човноподібної кістки	10
71.	Травматична ампутація або важке пошкодження руки, що призвело до її ампутації на рівні п'ястих кісток зап'ястя або променево-зап'ястного суглоба	50
ПАЛЬЦІ КИСТІ, ПЕРШИЙ ПАЛЕЦЬ (ВЕЛИКИЙ ПАЛЕЦЬ)		
72.	Перелом, вивих, пошкодження сухожиль (сухожилля) пальця (повне або часткове), розрив капсули суглобів.	5
73.	Пошкодження пальця, що спричинило відсутність рухів:	
а)	в одному суглобі	3
б)	у двох суглобах	5
74.	Втрата першого пальця	15
ДРУГИЙ, ТРЕТІЙ, ЧЕТВЕРТИЙ, П'ЯТИЙ ПАЛЬЦІ		
75.	Перелом, вивих, пошкодження сухожиль (сухожилля) пальця	3
76.	Втрата другого пальця	8
77.	Втрата третього, четвертого, п'ятого пальця за кожний палець	5
78.	Травматична ампутація або пошкодження пальців, що призвело до ампутації всіх пальців руки	40
НИЖНЯ КІНЦІВКА		
ТАЗ		
79.	Перелом кісток таза:	
а)	перелом крила	10
б)	перелом лобкової, сідничної кістки, тіла клубової кістки, вертлюжної западини	15
80.	Розрив лобкового, крижово-клубового зчленування:	
а)	одного зчленування	10
б)	двох та більше зчленувань	15
81.	Перелом голівки, шийки стегна вивих стегна, повний або частковий розрив зв'язок, розтягання зв'язок:	
а)	перелом голівки, шийки, вивих стегна	10
б)	повний та частковий розрив зв'язок	5
82.	Пошкодження тазостегнового суглоба, що спричинило:	
а)	відсутність рухів (анкілоз)	25
б)	суглоб, що "бовтається" (у результаті резекції голівки стегна, вертлюжної западини)	40
	<i>Виплата за ст. 82 проводиться не раніше 9 місяців від дня травми за умови підтвердження діагнозу. Якщо було проведено виплату за ст. 81, то подальші виплати проводяться за її вирахуванням, після постановки остаточного діагнозу</i>	
СТЕГНО		
83.	Перелом стегна на будь-якому рівні (за виключенням області суглобів):	
а)	без зміщення відламків	15
б)	зі зміщенням відламків	20
84.	Травматична ампутація або важке пошкодження, що призвело до ампутації кінцівки на рівні/призвело до:	
а)	вище середини стегна	70
б)	нижче середини стегна	60
в)	втраті єдиної кінцівки	100

85.	Перелом стегна, ускладнений утворенням хибного суглоба (перелом який не зрісся). Виплата не раніше 6 місяців від дня травми за умови підтвердження діагнозу.	50
	<i>Якщо проводилась виплата у зв'язку з переломом стегна, подальші виплати проводяться за її вирахуванням, після постановки остаточного діагнозу.</i>	
КОЛІННИЙ СУГЛОБ		
86.	Пошкодження області колінного суглоба, що спричинило:	
а)	гемартроз, пошкодження меніска (менісків), розрив зв'язок, відрив кісткового фрагмента (фрагментів)	5
б)	перелом колінної чашечки	10
в)	перелом кісток, що складають колінний суглоб (дистальний епіфіз стегна та проксимальний епіфіз великогомілкової кістки), вивих гомілки.	25
	<i>У разі множинних пошкоджень колінного суглоба, виплата проводиться тільки за одним з підпунктів статті 86, який передбачає найбільш серйозне пошкодження.</i>	
87.	Пошкодження колінного суглоба, що спричинило:	
а)	відсутність рухів у суглобі (анкілоз)	20
б)	колінний суглоб, що "бовтається" (у результаті резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають)	30
	<i>Виплата за ст. 87 проводиться не раніше 9 місяців від дня травми за умови підтвердження діагнозу. Якщо було проведено виплату за ст. 86, то подальші виплати проводяться за її вирахуванням, після постановки остаточного діагнозу.</i>	
ГОМІЛКА		
88.	Перелом кісток гомілки (за виключенням області суглобів):	
а)	малогомілкової кістки	10
б)	великогомілкової кістки	15
в)	обох кісток	20
89.	Травматична ампутація ноги нижче середини гомілки	45
ГОМІЛКОВОСТОПНИЙ СУГЛОБ		
90.	Пошкодження області гомілковостопного суглоба:	
а)	перелом щиколотки або краю великогомілкової кістки	5
б)	перелом обох щиколоток (кісток гомілки), перелом щиколотки з краєм великогомілкової кістки, розрив дистального міжгомілкового синдесмозу	15
в)	перелом однієї або двох щиколоток з краєм великогомілкової кістки та розрив дистального міжгомілкового синдесмозу у поєднанні з підвивихом (вивихом) стопи	20
91.	Пошкодження гомілковостопного суглоба, що спричинило:	
а)	відсутність рухів у суглобі (анкілоз)	20
б)	гомілковостопний суглоб, що "бовтається" (у результаті резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають)	30
	<i>Виплата за ст. 91 проводиться не раніше 9 місяців від дня травми за умови підтвердження діагнозу. Якщо було проведено виплату за ст. 90, то подальші виплати проводяться за її вирахуванням, після постановки остаточного діагнозу.</i>	
92.	Повний розрив ахіллового сухожилля:	2
СТОПА, ПАЛЬЦІ НІГ		
93.	Перелом або вивих кісток, пошкодження зв'язок:	

	а) перелом однієї-двох кісток, розрив зв'язок (крім бічної кістки)	5
	б) перелом трьох та більше кісток, п'яткової кістки	15
94.	Переломи, вивихи фаланги (фаланг), пошкодження сухожилля (сухожиль) пальця (пальців) однієї стопи:	
	а) перелом або вивих однієї або декількох фаланг, пошкодження сухожиль (повний або частковий розрив) одного або двох пальців	2
95.	Травматична ампутація або пошкодження, що призвело до ампутації пальців ніг:	
	а) великого пальця	5
	б) другого, третього, четвертого, п'ятого пальців	3
96.	Пошкодження, що призвело до розвитку посттравматичного тромбофлебиту, лімфостазу, остеомієліту, порушення трофіки	5
	<i>Ст. 96 застосовується при тромбофлебіті, лімфостазі та порушеннях трофіки, що викликані травмою опорно-рухового апарата (за виключенням пошкодження великих периферійних судин та нервів), через 6 місяців від дня травми, за підтвердження діагнозу. Гнійні запалення пальців стоп не дають підстав для застосування ст. 96.</i>	
97.	Травматичний шок або шок, що розвинувся внаслідок гострої крововтрати, пов'язаної з травмою (геморагічний шок)	5
98.	Параліч, що виник в результаті травми (тілесних ушкоджень), отриманої внаслідок нещасного випадку, що стався під час строку дії Договору та зазначеної у цій Таблиці виплат, та який існує постійно не менше 6 місяців після отримання травми:	
	а) моноплегія	30
	б) параплегія	80
	в) тетраплегія	100
	<i>Виплати за ст. 98 проводяться після закінчення 6 місяців постійного існування паралічів за вирахуванням раніше проведених виплат за травмами, що передували виникненню ускладнень, зазначених у ст. 98.</i>	
99.	Парези, що виникли в результаті травм (тілесних ушкоджень), отриманих внаслідок нещасного випадку, що стався під час строку дії Договору та зазначених у цій Таблиці виплат, та які існують постійно не менше 3 місяців, але не більше 6 місяців після отримання травм:	
	а) монопарез	10
	б) парапарез	25
	в) тетрапарез	35
	<i>Якщо виплати було проведено за ст. 99, а потім виникли ускладнення, перелічені у ст. 98, страхова виплата здійснюється у відповідності до одного з підпунктів ст. 98 за вирахуванням раніше проведеної за ст. 99 страхової виплати.</i>	
100.	Якщо в результаті нещасного випадку, що стався під час строку дії Договору страхування, отримано тілесні ушкодження (травми), що не передбачені цією Таблицею виплат, то страхова виплата здійснюється виходячи із термінів безперервної тимчасової непрацездатності, що стала наслідком таких отриманих тілесних ушкоджень (травм):	
	а) тимчасова непрацездатність від 7 до 13 календарних днів;	1
	б) тимчасова непрацездатність від 14 до 29 календарних днів;	3
	в) тимчасова непрацездатність від 30 календарних днів та більше;	5

**Розмір страхової виплати у % від страхової суми
ПРИ ОТРИМАННІ ОПІКІВ**

Площа опіку	Ступінь опіку		
у % від поверхні тіла	II	III	IV
	розмір виплати (у % від страхової суми)		
1-2	1	2	3

3-5	3	4	5
6-9	7	9	10
10-20	15	17	20
21-30	25	28	30
31-40	50	55	60
41-60	70	80	80
61-90	80	100	100
Більше 90	100	100	100
<i>При опіках м'яких тканин обличчя, передньо-бічної поверхні шиї, підщелепної області, вушних раковин</i>			
1-2	5	10	15
3-4	10	15	20
5-6	15	25	30
7-8	20	30	40

від «15» липня 2024 р.

МЕТОДИКА РОЗРАХУНКУ ВИКУПНИХ СУМ

1. Ця Методика розрахунку викупних сум (далі – Методика) встановлює основні принципи розрахунку викупних сум за Договорами страхування, які включають накопичувальну складову, зокрема накопичувальною складовою Договору страхування за страховим продуктом «ДІТИ» (факт укладення Договору з накопичувальною складовою посвідчується Полісом 1).

2. Основні терміни у цій Методиці вживаються в такому значенні:

Викупна сума – це грошова сума, яка виплачується Страховиком Страхувальнику у разі дострокового припинення дії Договору страхування у випадках, передбачених п. 4.11.2. Загальних умов страхового продукту «ДІТИ».

Резерв нетто-премій (математичний резерв) — це різниця між актуарною вартістю потоку майбутніх страхових виплат (без урахування бонусів) та актуарною вартістю потоку майбутніх страхових нетто-премій.

3. Викупна сума визначається для Договорів страхування з накопичувальною складовою, які містять наступні основні ризики:

Ризик 1: Дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору страхування.

Ризик 2: Смерть Застрахованої особи протягом строку дії Договору страхування.

4. Викупна сума за Договором страхування розраховується на день припинення дії такого Договору залежно від періоду, протягом якого діяв цей Договір та не може бути меншою ніж мінімальний (гарантований) розмір викупної на кінець року дії Договору, що передує року розірвання (припинення) Договору.

5. Фактичний розмір викупної суми обчислюється актуарно (математично) при зверненні Страхувальника за виплатою викупної суми та складаються з мінімально гарантованої викупної суми, передбаченої Договором в залежності від року його фактичної дії, та частини резерву розподілених на Договір бонусів.

6. Формування викупної суми відбувається після завершення повних **3 (трьох)** років дії Договору (тобто, на **3 (третю) річницю** дії Договору). Протягом перших трьох років дії Договору (до завершення **3 (третьої) річниці**), розмір викупної суми дорівнює **0 (нулю)**.

6.1. Мінімальні гарантовані розміри викупних сум на кінець відповідного року дії Договору зазначаються у Договорі (Полісі 1).

6.2. У разі, якщо валютою страхування є долар США або Євро, розмір викупної суми розраховується в національній валюті України за курсом НБУ на дату розрахунку.

7. Викупна сума розраховується як частина математичного (модифікованому) резерву за ризиками дожиття та смерті Застрахованої особи, що визначається згідно з розділом 20 Політики з андеррайтингу ПрАТ «УАСК АСКА-ЖИТТЯ» (далі – Політика з андеррайтингу), сформованого за час дії Договору, за формулою:

$$S_{\text{викуп}} = (1 - g) {}_tV_x^Z + VBt, \text{ де}$$

$S_{\text{викуп}}$ — викупна сума,

${}_tV_x^Z$ — математичний резерв за ризиками дожиття та смерті, який для всіх страхових продуктів Страховика рівний математичному (модифікованому) резерву для такого ж страхування, яке почалося на рік пізніше і терміном на рік менше:

$${}_tV_x^Z(m, n, l, p) = {}_{t-1}V_{x+1}(m-1, n-1, l-1, p), \text{ де}$$

VBt — сума поточної актуарної оцінки бонусів (резерв бонусів), розрахована за таким Договором станом на дату припинення дії Договору t , які були нараховані за час дії Договору згідно з Методикою розрахунку та порядком нарахування бонусів, визначених Політикою з андеррайтингу Страховика,

x — вік Застрахованої особи на дату початку дії Договору,

t — момент розрахунку резерву.

Розмір g залежить від того, з якої причини припиняється Договір.

$g = 0$, якщо Договір припиняється у зв'язку з ліквідацією Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України.

$g = 0.05$, якщо Договір припиняється з ініціативи Страхувальника, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

$g = 0.05$, якщо Договір припиняється з ініціативи Страховика, у разі надання Страхувальником невірних або неповних відомостей, які мають значення для оцінки ризику.

8. Якщо на дату припинення Договору страхування у Страховика виникає обов'язок сплатити податок, штраф, пеню або провести будь-яку іншу виплату, пов'язану із достроковим припиненням Договору страхування, Страховик залишає за собою право утримати розмір таких виплат із розміру викупної суми за Договором страхування.

9. Страховик забезпечує можливість розрахунку розмірів викупних сум по кожній Застрахованій особі на будь-яку дату.

від «15» липня 2024 р.

МЕТОДИКА РОЗРАХУНКУ РЕДУКОВАНИХ СТРАХОВИХ СУМ

1. *Редукованою страховою сумою* називається нова (зменшена) страхова сума, в розмірі якої продовжує діяти Договір страхування при застосуванні до нього редукування, у випадках, передбачених п.2.5.4. Загальних умов страхового продукту «ДІТИ».

2. Редукована страхова сума визначається лише для тих Договорів страхування, які містять накопичувальну складову і тільки за основними ризиками, а саме:

Ризик 1: Дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору страхування

Ризик 2: Смерть Застрахованої особи протягом строку дії Договору страхування.

3. Для Договорів страхування, для яких викупна сума дорівнює нулю (в перші три роки дії Договору, до завершення **3 (третьої) річниці**), редукована страхова сума не визначається (дорівнює нулю).

4. Методика розрахунку редукованих страхових сум за страховим продуктом «ДІТИ» визначається згідно з розділом 18 Політики з андеррайтингу ПрАТ «УАСК АСКА-ЖИТТЯ» (далі – Політика з андеррайтингу), а саме методом «**Перетворення (переведення) Договору страхування в оплачений**» (п. 18.11.1. Політики з андеррайтингу).

4.1. Даний метод є основним методом, що застосовується для редукування страхових сум за замовчуванням, якщо інше не зазначено в Договорі страхування.

4.2. Для визначення редукованої страхової суми передбачається визначити викупну суму і, вважаючи її одноразовим страховим внеском, визначити редуковану страхову суму.

4.3. Редукована страхова сума визначається з умови рівності очікуваної поточної вартості страхової виплати (включаючи витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування) та викупної суми.

4.4. Формула розрахунку редукованої страхової суми:

$$S_r = \frac{S_{\text{викуп}}}{x+tP_{n-t}/(1-\gamma)}, \text{ де}$$

$S_{\text{викуп}}$ – викупна сума,

$x+tP_{n-t}$ – базовий нетто-тариф, розрахований на одиницю страхової суми згідно з умовами страхового продукту, для Застрахованої особи віком $x + t$ на строк $n - t$ років.

γ – витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування на одиницю страхової суми. Якщо інше не визначено умовами Договору, витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування розраховуються як один відсоток за кожен рік, що залишився до закінчення строку дії Договору.

$\gamma = \frac{n-t}{100}$, де n – строк дії Договору, t – кількість років, що минула від початку строку дії Договору до моменту редукування.

У випадку не цілої кількості років t округлення здійснюється в більшу сторону.