



ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ «ПЕРСОНАЛЬНИЙ ЗАХИСТ»»

Діють з 1 серпня 2025 р.

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

1.1. Ці Загальні умови страхового продукту «Страховання життя «Персональний захист»» (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 «Персональний захист»» (клас страхування 19 «Страховання життя (інше, ніж передбачено класами 20, 21, 22, 23)») (далі – Договори, Договори страхування) щодо страхування життя, здоров'я, працездатності визначених Договорами фізичних осіб (далі – Застрахованих осіб) за їх письмовою згодою та за наявності у Страхувальників 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 вебсайті Страховика за посиланням: [Загальні умови страхового продукту «Страховання життя «Персональний захист»»](#) 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 вебсайті Страховика за посиланням: [Загальні умови страхового продукту «Страховання життя «Персональний захист»»](#) та є загальнодоступними для перегляду потенційними страхувальниками та/або іншими відвідувачами сайту.

1.5. Страховий продукт «Страховання життя «Персональний захист»» (далі – Продукт, страховий продукт, страховий продукт «Персональний захист») не є стандартним страховим продуктом і призначений для надання страхового захисту фізичним особам, об'єднаним за єдиною ознакою (наприклад, працівникам одного підприємства/установи/організації, учням одного класу/школи або іншій організованій групі учасників запланованого колективного заходу тощо), та які пов'язані між собою трудовими відносинами, відносинами найму та/або об'єднанні іншого роду спільними інтересами (далі – **Колективу**).

1.6. Страховик не розробляє та не розміщує на своєму вебсайті уніфікований (стандартизований) документ, що містить загальну інформацію про Продукт. В той же час, Страховик розміщує інформацію про страховий продукт «Персональний захист» в розділі [«Корпоративним клієнтам»/«Страхові продукти»/«Страховання життя «Персональний захист»](#) на вебсайті Страховика: www.aska-life.com.ua.

1.7. Згідно із страховим продуктом «Персональний захист» Договори страхування укладаються із Страхувальниками – дієздатними фізичними особами, які є членами Колективу на підставі укладених з ними трудових договорів/угод або інших договорів/угод, що засвідчують їх приналежність до Колективу згідно з вимогами чинного законодавства України, та які укладають Договори страхування із Страховиком на власну користь (одночасно є Застрахованими особами).

1.7.1. У разі, якщо Застрахованою особою (членом Колективу) є малолітня/неповнолітня особа, Страхувальником за Договором може бути законний представник такої малолітньої/неповнолітньої особи (один з батьків / піклувальник тощо) або особа, яка в силу закону та/або договору/угоди має потребу у страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю Колективу (тобто, за наявності у Страхувальника страхового інтересу).

1.8. Перед укладенням Договорів страхування за страховим продуктом «Персональний захист», Страховик (або уповноважений Страховиком страховий посередник, за посередництвом якого мають укладатись Договори (далі – Посередник)) визначає потреби та вимоги членів Колективу у страхуванні, надає їм безоплатну індивідуальну консультацію щодо умов страхового продукту та формує рекомендації (пропозиції) щодо умов страхування, які максимально відповідатимуть потребам та вимогам таких членів Колективу у страхуванні, забезпечує їх передбаченою законодавством вичерпною інформацією про Страховика, Посередника (за наявності) та страховий продукт для прийняття членами Колективу (потенційними Страхувальниками) усвідомленого рішення про укладення Договорів страхування.

1.8.1. Відповідальність за доведення інформації про Продукт та умови страхування за цим Продуктом до кінцевих споживачів (Страхувальників (Застрахованих осіб)) та отримання згоди Застрахованих осіб на страхування покладена на Посередника (якщо Договори страхування укладаються за участю Посередника), з урахуванням умов, зазначених у п. 9.7. цих Загальних умов.

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

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

1.10.1. Вигодонабувач – фізична особа, що призначається Страхувальником (Застрахованою особою) 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.

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

Вигодонабувач 1 – при настанні страхового випадку за страховими ризиками згідно з пп. 2.2.3.-2.2.9. Загальних умов (**Ризики 3 – 9**) (частка належної страхової виплати – 100%): Застрахована особа.

Вигодонабувач (Вигодонабувачі) 2 – при настанні страхового випадку за страховими ризиками згідно з п. 2.2.1. або п. 2.2.2. Загальних умов (**Ризик 1** або **Ризик 2**) (частка належної страхової виплати визначається Страхувальником (Застрахованою особою) та зазначається у Договорі).

Якщо Страхувальником (Застрахованою особою) не визначений Вигодонабувач 2 за страховими ризиками згідно з п. 2.2.1. та/або п. 2.2.2. Загальних умов (**Ризик 1** та/або **Ризик 2**), страхова виплата здійснюється відповідно до законодавства, що регулює питання спадкування.

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

1.10.3. 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.

1.10.3.1. Згідно з цими Загальними умовами Договори страхування укладаються щодо страхування життя, здоров'я, працездатності членів Колективу, з урахуванням п. 1.7. цих Загальних умов.

1.10.4. Екстремальний спорт/хобі – вид спорту/хобі, який створює загрозу для життя і здоров'я людини, в тому числі, будь-які заняття моторизованими / немоторизованими водними, наземними або будь-якими повітряними, підводними, підземними видами спорту та/або хобі, кінним спортом,

паркур, тріалом, бойовими єдиноборствами та боротьбою, мисливством, перегонами на тваринах тощо. Зокрема, до екстремальних видів спорту/хобі відносяться: американський футбол, хокей з шайбою, будь-які види бойових єдиноборств (бокс, боротьба, карате, кікбоксінг, ММА (змішані бойові мистецтва), дзюдо, тхеквондо, тайський бокс (муай тай), бразильське джиу-джитсу, капоейра, кунг-фу, французький бокс Сават, фрі-файт (бій без правил) тощо), альпінізм, парашутизм, скелелазіння, фріклаймбінг, дельтапланеризм, парашанеризм, гірськолижний спорт, гірський туризм, льодолазіння в горах, фристайл, сноубординг, стрибки з лижного трампліну, маунтінбайк, трекінг, хеліскіінг, скі-тур, вейкбординг, водні лижі, серфінг, кайтсерфінг, віндсерфінг, рафтинг, каньйонінг, каякінг, кліфф-дайвінг, дайвінг на глибину більше 18 метрів, фридайвінг, спелеологія, флайбординг, хелібординг, спідрайдинг, руфінг, бейс-джампінг, літаковий та вертольотний спорт, авто- і мотоспорт. До екстремальних також належать види спорту та/або хобі, під час заняття/підготовки до яких використовуються зброя, троси, мотузки, підвісні системи, шоломи або захисне екіпірування, у тому числі, під час походів у гори та/або на пересіченій місцевості.

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

1.10.5.1. Застрахованими особами згідно з Договорами, укладеними на підставі цих Загальних умов, можуть бути фізичні особи, віком від **1 (одного) повного року** на дату початку строку дії Договору та до **65 (шестидесяти п'яти) повних років** на дату закінчення строку дії Договору.

1.10.5.2. Якщо страхове покриття за Договором включає тільки **Ризик 2** та/або **Ризик 4**, а страхова сума за **Ризиком 1** встановлена у розмірі 1% від страхової суми за **Ризиком 2** або за **Ризиком 4**, граничний вік Застрахованої особи не може перевищувати **70 (сімдесяти) повних років** на дату закінчення строку дії Договору.

1.10.5.3. Якщо Застрахованою особою є малолітня/неповнолітня дитина (в т.ч. усиновлена), інтереси такої Застрахованої особи представляє один з її батьків/опікунів, відповідно до вимог чинного законодавства (далі – законний представник).

1.10.5.4. Застрахованим особам віком **від 18 до 65 років** присвоюється **Категорія I**, Застрахованим особам віком **від 1 до 17 років** присвоюється **Категорія II**.

1.10.6. Заява на страхування – документ, встановленого Страховиком зразка, що заповнюється Страхувальником перед укладенням Договору страхування, визначає вичерпний перелік інформації, яку Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повідомити Страховику (або 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 праводносин страхового інтересу щодо об'єкту страхування (зазначається у Декларації Страхувальника);
- 4) інформацію для здійснення ідентифікації та верифікації Страхувальника (Застрахованої особи), ідентифікації Вигодонабувача (Вигодонабувачів) згідно з вимогами законодавства з питань фінансового моніторингу; частки у страховій виплаті кожного із Вигодонабувачів у разі настання страхового випадку;
- 5) умови страхового покриття для їх обрання Страхувальником: перелік страхових ризиків, страхові суми за обраними страховими ризиками, періодичність та строки сплати страхових платежів, строк дії Договору;
- 6) Декларацію (Страхувальника, Застрахованої особи) з питаннями загального та медичного характеру;

7) Медичну декларацію Застрахованої особи (за необхідності, на вимогу Страховика, у випадках, якщо розміри страхових сум за обраними страховими ризиками та/або за Договором в цілому на Застраховану особу перевищують відповідні розміри страхових сум, визначені згідно з п.п. 2.5.1.2., 2.5.1.3. Загальних умов, та/або якщо Договір страхування укладеться на нетипових або індивідуальних умовах).

1.10.6.1. Заява на страхування повинна бути належним чином оформлена (не містити помилок, виправлень чи закреслень), містити повні та правдиві відповіді на всі включені до такої 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, Застрахованої особи), підписані власноручним підписом Страхувальника (Застрахованої особи), законного представника (якщо Застрахованою особою є малолітня/неповнолітня особа) та подана Страховику у письмовій формі у порядку, передбаченому розділом 9 цих Загальних умов.

1.10.6.2. Заява на страхування, подана 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.

1.10.7. Декларація (Страхувальника, Застрахованої особи) – завірена підписом Страхувальника (Застрахованої особи) або законним представником малолітньої/неповнолітньої Застрахованої особи невід'ємна частина Заяви на страхування, в якій Страхувальник (Застрахована особа), законний представник засвідчує:

- правдивість та повноту відомостей, наданих в Декларації та 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;
- відсутність у Застрахованої особи групи/категорії інвалідності/захворювань/станів/діагнозів, що підпадають під виключення із страхових випадків та обмеження страхування;
- отримання від Страховика переддоговірної інформації в обсязі, передбаченому чинним законодавством;
- ознайомлення з умовами страхування, Загальними умовами та письмову згоду на укладення Договору страхування на зазначених у Заяві на страхування умовах;
- ознайомлення з механізмом захисту прав споживачів та порядком урегулювання спірних питань, що виникають в процесі надання фінансових послуг;
- 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 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;
- наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкту страхування;
- згоду отримувати інформацію від Страховика щодо виконання умов Договору у спосіб, зазначений у Заяві на страхування (на вказані в 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 (Вигодонабувачам);
- відсутність (або наявність) укладених із Страховиком договорів страхування щодо об'єкту страхування за Договором.

1.10.8. Захворювання (хвороба) – патологічний процес, який проявляється порушеннями морфології (анатомічної, гістологічної будови), обміну речовин та/або функціонування організму (його частин) у людини.

1.10.9. Істотна інформація – інформація, необхідна Страховику для оцінки страхового ризику, яка надається Страхувальником при укладанні Договору у Заяві на страхування/Декларації (Страхувальника, Застрахованої особи). До такої інформації, зокрема, відноситься інформація про вік, стан здоров'я Застрахованої особи, перенесені захворювання, встановлені діагнози, професію, хобі, професійні заняття спортом тощо.

1.10.10. 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 Експертними комісіями оцінювання повсякденного функціонування особи (далі – ЕКОПФО) або іншим уповноваженим органом/організацією, що виконує відповідну функцію згідно з чинним законодавством України.

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

До критичних захворювань згідно з цими Загальними умовами відносяться:

1.10.11.1. Для Застрахованих осіб віком від 18 до 65 років (Категорія І) – Перелік 1 – 11 КЗ:

- 1) **Інфаркт міокарда.** Змертвіння (некроз) частини серцевого м'яза в результаті недостатності кровопостачання у відповідній зоні. Діагноз повинен базуватися на історії типових болів в області грудної клітини, нових електрокардіографічних вимірювань та / або збільшення серцевих ензимів.
- 2) **Інсульт.** Інцидент з судинами головного мозку, що призводить до стійкого руйнування неврологічного статусу. Транзиторні ішемічні напади виключаються зі страхування.
- 3) **Рак.** Злоякісна пухлина, яка характеризується неконтрольованим зростанням і поширенням злоякісних клітин та інвазією тканин, включаючи лейкемію. Неінвазивний рак, виявлений на першій стадії, пухлини за наявності будь-якого вірусу ВІЛ-інфекції та будь-який рак шкіри, крім інвазивної злоякісної меланоми, виключаються зі страхування.
- 4) **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 іншої неінвазивної процедури, виключаються зі страхування.
- 5) **Захворювання, що вимагають пересадки життєво важливих органів.** Проведення операції з пересадки органу, від людини до людини: серця, легені, печінки, нирки, підшлункової залози або кісткового мозку.
- 6) **Ниркова недостатність.** Термінальна стадія ниркової недостатності, що являє собою хронічне необоротне порушення функцій обох нирок, в результаті якого було розпочато регулярний гемодіаліз та / або проведена трансплантація нирки.

- 7) **Пересадка клапанів серця.** Хірургічна заміна одного або більше уражених клапанів серця штучними клапанами. Визначення включає заміну аортальних, мітральних, трикуспідального або пульмональних (клапанів легеневої артерії) клапанів серця їх штучними аналогами внаслідок розвитку стенозу / недостатності або комбінації цих станів. Винятками є: вальвулотомія, вальвулопластика та інші види лікування, проведені без пересадки (заміни) клапанів.
- 8) **Параліч.** Повна та постійна втрата рухової функції двох і більше кінцівок через параліч в результаті нещасного випадку або захворювання спинного мозку. Тривалість перебігу цих станів повинна бути підтверджена відповідною медичною документацією і спостерігатися протягом, щонайменше, трьох місяців. Винятком є синдром Гієна-Барре.
- 9) **Сліпота (втрата зору).** Повна, постійна і необоротна втрата зору обох очей внаслідок перенесеного захворювання або нещасного випадку. Включається до страхового покриття тільки за наявності відповідного підтвердження діагнозу лікарем-офтальмологом.
- 10) **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 «правилам дев'ятки» або таблиці площі поверхні тіла Лунда і Браудера.
- 11) **Розсіяний склероз.** Хронічне захворювання нервової системи із прогресуючим перебігом хвороби, вираженою атаксією, ністагмом, дизартрією, спастичною слабкістю та ретробульбарним невритом. Остаточний діагноз «Розсіяний склероз» має бути встановлений фахівцем-неврологом в сертифікованому медичному закладі. Підтвердженням діагнозу вважається наявність у Застрахованої особи типових симптомів демієлінізації та порушень моторної і сенсорної функцій, поряд з типовими ознаками захворювання при магнітно-резонансній томографії. У Застрахованої особи повинні бути присутніми неврологічні порушення, які проявляються постійно (безперервно) протягом мінімум шести місяців, або ж Застрахована особа повинна перенести мінімум два документально підтверджених загострення подібного роду порушень, або, принаймні, один документально підтверджений епізод загострення подібного роду порушень разом з наявністю характерних змін в цереброспінальній рідині, поряд зі специфічними ушкодженнями, які реєструються при магнітно-резонансній томографії.

1.10.11.2. Для Застрахованих осіб віком від 18 до 65 років (Категорія I) та для Застрахованих осіб віком від 1 до 17 років (Категорія II) – Перелік 2 – 7 КЗ:

- 1) **Рак.** Злоякісне новоутворення, що характеризується прогресуючим неконтрольованим зростанням, розповсюдженням злоякісних клітин та наявністю метастаз з інвазією в сусідні нормальні тканини. Термін «рак» включає в себе лейкемію і злоякісні захворювання лімфатичної системи, у тому числі хворобу Ходжкіна. Діагноз повинен бути підтверджений фахівцем-онкологом на підставі гістологічного дослідження.

Страховими випадками не визнаються: а) всі пухлини, гістологічно описані як передракові; б) рак передміхурової залози 1-ї стадії; в) будь-який неінвазивний рак, включаючи дисплазію шийки матки 1, 2, 3 стадій; г) злоякісні пухлини шкірних покривів, злоякісна меланома стадії 1А (будь-яка пухлина, яка не проникає в сосочково-ретикулярний шар шкіри); д) всі злоякісні пухлини при наявності ВІЛ-інфекції.

- 2) **Аорто-коронарне шунтування - оперативне втручання на серці** (відкритим доступом) для усунення різкого звуження (стенозу) або закупорки (оклюзії) коронарних артерій методом обхідного судинного шунтування. Операція повинна бути проведена при наявності коронарної ангіографії.

Страховими випадками не визнаються: а) балонна ангіопластика коронарних артерій; б) застосування лазера; в) ендоскопічні хірургічні маніпуляції.

- 3) **За захворювання, що вимагають пересадки життєво важливих органів від людини до людини** Проведення операції з пересадки органу, від людини до людини: серця, легенів, печінки, нирки, підшлункової залози або кісткового мозку.

Страховими випадками не визнаються: трансплантація інших органів, частин органів або якої-небудь тканини.

4) **Пересадка клапанів серця.** Хірургічна заміна одного або більше уражених клапанів серця штучними клапанами. Термін «пересадка клапанів серця» включає також заміну аортальних, мітральних, трикуспідального або пульмональних (клапанів легеневої артерії) клапанів серця їх штучними аналогами внаслідок розвитку стенозу / недостатності або комбінації цих станів.

Виятками із страхових випадків є: вальвулотомія, вальвулопластика та інші види лікування, проведені без пересадки (заміни) клапанів.

5) **Нейрохірургічна операція.** Будь-яке хірургічне втручання з метою діагностики та/або лікування в головний мозок, будь-які інші внутрішньочерепні структури в зв'язку із захворюваннями, а також лікування доброякісних пухлин, розташованих у спинному мозку.

6) **Сліпота (втрата зору).** Повна, постійна і необоротна втрата зору обох очей внаслідок перенесеного захворювання або нещасного випадку. Включається до страхового покриття тільки за наявності відповідного підтвердження діагнозу лікарем-офтальмологом.

7) **Важкі опіки.** Пошкодження тканин, викликане термічними, хімічними або електричними факторами, які привели до опіків третього ступеня або всієї товщини шкіри, як мінімум, на 20 % площі поверхні тіла в результаті вимірювання згідно з «правилом дев'ятки» або таблиці площі поверхні тіла Лунда і Браудера.

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

1.10.12.1. Розрізняють два види непрацездатності – тимчасову і стійку.

1.10.12.2. Тимчасова непрацездатність (тимчасова втрата працездатності) – 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 установленної форми (для працюючих) або довідкою чи іншим документом, що підтверджує тимчасову непрацездатність Застрахованої особи за формою, встановленою чинним законодавством.

1.10.13. Медична установа (заклад) – заклад охорони здоров'я незалежно від форми власності та організаційно-правової форми, який має встановлені законодавством ліцензії на здійснення медичної діяльності.

1.10.14. Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Страхувальника (Застрахованої особи), 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.

1.10.15. Період страхування – проміжок часу (період) в межах загального строку дії Договору страхування, за який Страхувальник сплачує страховий платіж (частину річного страхового платежу за Договором) шляхом перерахування грошових коштів на банківський рахунок Страховика, зазначений у Договорі. При цьому, страховий захист за Договором діє тільки протягом оплаченого періоду страхування.

1.10.15.1. Договором можуть бути встановлені наступні періоди страхування:

Піврічний період страхування – встановлюється при сплаті річного страхового платежу 2 (двома) рівними частинами згідно з періодичністю сплати платежів, зазначеною у Договорі.

Квартальний період страхування – встановлюється при сплаті річного страхового платежу 4 (чотирма) рівними частинами згідно з періодичністю сплати платежів, зазначеною у Договорі.

Місячний період страхування – встановлюється при сплаті річного страхового платежу щомісячно 12 (дванадцятьма) рівними частинами згідно з періодичністю сплати платежів, зазначеною у Договорі.

1.10.15.2. 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. 2.5.3.2. цих Загальних умов.

1.10.15.3. У разі оплати річного страхового платежу раз у рік (щорічно, за повний рік дії Договору), періоди страхування не встановлюються, Договір діє (страховий захист надається) протягом визначеного у Договорі строку його дії.

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

1.10.17. Професійний спорт – заняття спортом на підставі контрактів з відповідними товариствами, підприємствами, установами, організаціями, клубами тощо з метою отримання заробітної платні або іншої матеріальної винагороди за підготовку до спортивних змагань та/або участі у них.

1.10.18. Професії/професійна діяльність, пов'язана із спеціальним (максимальним) ризиком – артисти цирку, які виконують трюки на канатах, трапеціях, акробати, гімнасти; автомотогонщики; дресирувальники диких тварин, наїзники коней; каскадери; військовослужбовці, працівники органів внутрішніх справ, Національної поліції, карного розшуку; пілоти, льотно-підйомний склад цивільної авіації; випробувачі автомашин, літаків, іншої техніки; команди судів морської і річкової флотилій; водолази, підрильники; особи, робота яких пов'язана з мисливством, рибальством у морях та океанах; кранівники; монтажники бетонних, залізобетонних конструкцій; особи, робота яких пов'язана з верхолазними, покрівельними роботами; шахтарі, працівники добувної промисловості та особи, які виконують роботи у підземних умовах; бурильники нафтових і газових свердловин; працівники гірничо- і газорятувальної служби; рятувальники гірничо- і водно- рятувальних станцій; працівники охорони, пожежної охорони, працівники охоронних структур, інкасатори; робітники хімічної промисловості, важкого машинобудування, алкогольної та тютюнової промисловості; працівники, пов'язані з виробництвом, зберіганням, випробуванням вибухових, отруйних речовин; працівники хімічних лабораторій, а також робітники професій з аналогічними фізичними навантаженнями, не враховані в даному переліку.

1.10.19. 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.

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

1.10.21. 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).

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

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

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

1.10.25. 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).

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

Ризик 1 – смерть Застрахованої особи протягом строку дії Договору (з будь-якої причини).

Включення до Договору **Ризику 1** є обов’язковим за будь-якої комбінації основних та допоміжних ризиків в такому Договорі.

1.10.25.2. Допоміжні страхові ризики – страхові ризики, інші ніж основні ризики, пов’язані з життям, здоров’ям та працездатністю Застрахованої особи (уключаючи смерть в результаті нещасного випадку, травми, критичні захворювання, тілесні ушкодження, тимчасову та/або постійну (стійку) втрату працездатності, захворювання Застрахованої особи, які потребують стаціонарного/амбулаторного лікування або хірургічного втручання), що можуть бути включені у Договір страхування додатково до основних ризиків.

Допоміжними страховими ризиками згідно з цими Загальними умовами є **Ризики 2–9**, визначені у п.п. 2.2.2. – 2.2.9. цих Загальних умов.

Допоміжні страхові ризики обираються Страхувальником самостійно при укладанні Договору, виходячи з його потреб у страховому захисті.

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

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

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

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

1.10.29. Страхувальник – дієздатна фізична особа – член Колективу, на підставі укладеного з ним трудового договору/угоди або іншого договору/угоди, що засвідчує його приналежність до Колективу згідно з вимогами чинного законодавства України, та який укладав Договір страхування із Страховиком на власну користь (одночасно є Застрахованою особою).

1.10.29.1. У разі, якщо Застрахованою особою (членом Колективу) є малолітня/неповнолітня особа, Страхувальником за Договором може бути законний представник такої малолітньої/неповнолітньої особи (один з батьків / піклувальник тощо) або особа, яка в силу закону та/або договору/угоди має потребу у страхуванні ризиків, пов’язаних з життям, здоров’ям, працездатністю Колективу (тобто, за наявності у Страхувальника страхового інтересу).

1.10.30. Сторони Договору – Страховик та Страхувальник.

1.10.31. 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.

1.10.32. 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.

Термін очікування платежу не може перевищувати 15 (п’ятнадцяти) 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).

1.10.33. Травма – порушення цілісності тканин та органів людини внаслідок впливу факторів зовнішнього середовища.

1.10.34. Хірургічне втручання (хірургічна операція або оперативне втручання) – комплекс впливів на тканини або органи людини, що проводяться лікарем з метою лікування в умовах цілодобового стаціонару, виконуваний за допомогою різних способів роз'єднання, переміщення і з'єднання тканин.

1.10.35. Часова франшиза (каренція) – проміжок часу від дати початку строку дії Договору, протягом якого події, що мають ознаки страхового випадку за **Ризиком 1, Ризиком 3, Ризиком 5, Ризиками 6-8** не визнаються страховим випадком, якщо такі події сталися внаслідок захворювання, яке було виявлене/діагностоване протягом періоду дії часової франшизи (каренції).

1.10.35.1. Згідно з цими Загальними умовами часова франшиза (каренція) становить **3 (три)** перші місяці дії Договору для **Ризику 1, Ризику 3 та Ризику 5 та 1 (один)** перший місяць дії Договору для **Ризиків 6-8**.

1.10.35.2. Якщо Договір страхування укладається на строк менший від 1 (одного) року, тривалість часової франшизи (каренції) за відповідними страховими ризиками може бути пропорційно зменшена.

1.11. Загальні умови є основою для укладення Договору страхування. Положення цих Загальних умов щодо обсягу страхового покриття чи інших умов страхування можуть уточнюватись (конкретизуватись) умовами Договору страхування, якщо це не суперечить цим Загальним умовам та чинному законодавству України.

1.12. До укладення Договору страхування, Страхувальник обов'язково повинен ознайомитись з цими Загальними умовами, інформацією про страхову послугу, а також інформацією, передбаченою частинами другою та третьою статті 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та статтю 87 Закону України «Про страхування», яка розміщена на вебсайті Страховика за посиланням: [Інформація для споживачів](#) для прийняття ним усвідомленого рішення про укладення 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);
- територію дії страхового захисту (місце дії Договору).

2.2. Страхові ризики, на випадок настання яких здійснюється страхування (застраховані ризики)

Застрахованими ризиками (тобто включеними до страхового покриття) є страхові ризики, що обрані Страхувальником при укладанні Договору (які відмічені «v» у п. 12.1. Договору).

Договір страхування може бути укладений з обранням всіх або окремих страхових ризиків з наступного переліку (**Ризик 1** є обов'язковим за будь-якої комбінації інших ризиків):

2.2.1. Смерть Застрахованої особи протягом строку дії Договору (**Ризик 1**).

2.2.2. Смерть Застрахованої особи протягом строку дії Договору внаслідок нещасного випадку, що стався у період дії Договору (**Ризик 2**).

2.2.3. Стійка втрата працездатності (встановлення I групи інвалідності або встановлення II групи інвалідності) Застрахованої особи протягом строку дії Договору внаслідок захворювань або нещасного випадку, що сталися у період дії Договору (**Ризик 3**).

2.2.4. Тимчасова втрата працездатності (травма) Застрахованої особи протягом строку дії Договору 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. Вперше виявлене протягом строку дії Договору Захворювання Застрахованої особи, яке призвело до стаціонарного лікування у період дії Договору (**Ризик 6**).

2.2.7. Вперше виявлене протягом строку дії Договору Захворювання Застрахованої особи, яке призвело до амбулаторного лікування у період дії Договору (тільки для Категорії І) (**Ризик 7**) .

2.2.8. Вперше виявлене протягом строку дії Договору Захворювання Застрахованої особи, яке призвело до хірургічного втручання в умовах стаціонару у період дії Договору (**Ризик 8**).

2.2.9. Стійка втрата працездатності (встановлення І групи інвалідності або встановлення ІІ групи інвалідності) Застрахованої особи протягом строку дії Договору внаслідок нещасного випадку, що стався у період дії Договору (**Ризик 9**)*.

* **Ризик 9** не може бути включений до страхового покриття (обраний Страхувальником), якщо до страхового покриття за Договором включений (обраний Страхувальником) **Ризик 3**.

Страховий захист за **Ризиком 1, Ризиком 3, Ризиком 5 та Ризиками 6-8** діє з урахуванням часової франшизи, визначеної згідно з п. 1.10.35. Загальних умов.

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. Якщо інше не передбачено Договором, Договір страхування укладається на строк: **1 (один) рік** з можливістю пролонгації на новий термін відповідно до п. 2.4.3. цих Загальних умов. Дати початку та закінчення строку дії Договору зазначаються у Договорі (п. 8).

2.4.2. Договір набирає чинності з 00-00 годин дати, зазначеної у Договорі як дата початку строку дії Договору, але не раніше дати, наступної за датою надходження першого страхового платежу у повному обсязі на банківський рахунок Страховика, та діє до 24-00 годин дати закінчення строку дії Договору, зазначеної у Договорі, якщо обставини, визначені у розділі 4 Загальних умов, не призвели до дострокового припинення дії Договору.

2.4.3. Договір страхування може бути пролонгований на наступний річний строк дії Договору на тих самих умовах страхування при дотриманні всіх без виключення наступних вимог:

- 1) не відбулося змін у законодавстві, які вимагають внесення змін до умов страхування за Договором;
- 2) ненастання страхових випадків за **Ризиками 1-3, Ризиком 9** та/або **Ризиком 5** під час попереднього строку дії Договору (якщо ці ризики були включені до страхового покриття);
- 3) відсутність страхових виплат та/або низький рівень збитковості за Договором;
- 4) не змінилась інформація, що вказана в Декларації Застрахованої особи;
- 5) жодна із Сторін за 30 (тридцять) календарних днів до вказаної у п.8 Договору дати закінчення строку дії Договору не заявила про намір не продовжувати дію Договору на новий термін;
- 6) Застрахована особа щодо якої пролонгується Договір залишається членом Колективу.

2.4.3.1. У разі безперервного страхування (пролонгації Договору на новий термін одразу після закінчення попереднього строку дії Договору), часова франшиза (каренція) не застосовується.

2.4.4. За бажанням Страхувальника, в межах річного строку дії Договору встановлюються періоди страхування (піврічні, квартальні або місячні), за які Страхувальник сплачує страхові платежі згідно з періодичністю сплати платежу, зазначеною у п. 10 Договору.

2.5. Страхові суми, страхові тарифи, страхові платежі

2.5.1. **Страхові суми** щодо кожного із застрахованих ризиків, визначаються за домовленістю між Страховиком та Страхувальником при укладанні Договору, з урахуванням наступного:

2.5.1.1. Страхова сума встановлюється щодо кожного застрахованого ризику та зазначається у Договорі страхування.

2.5.1.2. Розмір страхової суми за окремим застрахованим ризиком для Застрахованої особи не може перевищувати **100 000 грн.** (для Категорії І) / **50 000 грн.** (для Категорії ІІ) та бути меншою **1 000 грн.**, якщо інше не погоджено за індивідуальною домовленістю Сторін.

2.5.1.3. Максимальний розмір загальної страхової суми за Договором (за всіма застрахованими ризиками) не може перевищувати **500 000 грн.** (для Застрахованої особи Категорії I) / **300 000 грн.** (для Застрахованої особи Категорії II), якщо інше не погоджено за індивідуальною домовленістю Сторін.

2.5.1.4. Розміри страхових сум за застрахованими ризиками, встановлені при укладанні Договору не можуть бути змінені протягом строку дії Договору.

2.5.2. Страхові тарифи встановлюються у відсотках від страхових сум, встановлених для відповідних застрахованих ризиків, включених до страхового покриття, та зазначаються у Договорі страхування.

Страхові тарифи обчислюються Страховиком в залежності від умов страхування, обраних Страхувальником (страхового покриття), віку, статі, професійної приналежності, стану здоров'я Застрахованої особи, іншої Істотної інформації, наданої Страхувальником у Заяві на страхування, Декларації Застрахованої особи/Медичній декларації Застрахованої особи, 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 «Страхування життя «Персональний захист»».

2.5.3. Страховий платіж за застрахованим ризиком визначається шляхом помноження страхової суми за таким ризиком на відповідний йому страховий тариф.

2.5.3.1. Загальний страховий платіж за Договором страхування визначається як сума страхових платежів за всіма застрахованими ризиками за таким Договором.

2.5.3.2. 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.

2.5.3.3. Якщо Договір страхування укладається на строк менше 1 (одного) року, до річного страхового платежу застосовуються коефіцієнти короткостроковості шляхом множення річного страхового платежу на відповідний строку дії Договору коефіцієнт короткостроковості, який становить:

Строк дії Договору, у місяцях	0,5 (14 днів)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт	0,15	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00

При цьому неповний місяць приймається за повний.

2.5.3.4. Загальний страховий платіж за Договором сплачується Страхувальником у розмірі та у строки, які зазначені у Договорі страхування (згідно з п. 11 Договору).

2.5.4. Конкретні розміри страхових сум, страхових тарифів та страхових платежів за обраними Страхувальником страховими ризиками зазначаються у Договорі страхування.

2.6. Територія дії страхового захисту (місце дії Договору)

2.6.1. Територією дії страхового захисту (місцем дії Договору) є весь світ, в т.ч. Україна, за виключенням: територій Автономної Республіки Крим, міста Севастополь; територій України, що знаходяться у районах бойових дій та тимчасово окупованих територій згідно з переліком, затвердженим Мінрозвитку, територій інших країн, на яких проводяться воєнні дії (заходи).

Договір страхування не діє на території російської федерації та республіки білорусь.

2.6.2. 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 малолітньої/неповнолітньої особи – члена Колективу (Застрахованої особи Категорії II) за письмовою згодою законного представника такої Застрахованої особи та за наявності у Страхувальника страхового інтересу.

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

3.1.5. Призначити при укладенні Договору Вигодонабувачів для отримання страхової виплати за кожним із застрахованих ризиків із визначенням частки належної кожному з них страхової виплати.

3.1.6. Ініціювати внесення змін до 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 має право:

3.2.1. Надати згоду або відмовитись протягом 30 календарних днів від укладення Договору на свою користь, 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 відповідної страхової суми (ліміту відшкодування), на умовах, визначених розділом 7 цих Загальних умов та Договором.

3.3. Страхувальник зобов'язаний:

3.3.1. При укладенні Договору повідомити Страховика про наявність страхового інтересу, шляхом підписання Декларації Страхувальника.

3.3.2. Отримати письмову згоду законного представника малолітньої/неповнолітньої Застрахованої особи (щодо якої укладається Договір) на укладення на її користь Договору страхування, ознайомити його (її) з умовами страхування, порядком дій при настанні страхового випадку та забезпечити підписання Декларації Застрахованої особи її законним представником.

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

3.3.4. При укладанні Договору надати Страховика повну, правдиву та достовірну інформацію, відомості про вік, вид діяльності/професію, стан здоров'я, перенесені захворювання Застрахованої особи, результати медичного обстеження, інші дані та інформацію, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, які вимагає Страховик для укладання Договору (зазначені у Заяві на страхування/Декларації (Страхувальника, Застрахованої особи)/Медичній декларації Застрахованої особи), 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.

3.3.5. При укладанні Договору повідомляти Страховика про інші діючі договори страхування щодо об'єкту страхування за цим Договором.

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

3.3.7. Інформувати Страховика про зміну своєї (Застрахованої особи) 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.

3.3.8. У випадку збільшення ступеню ризику для здоров'я Застрахованої особи внаслідок зміни умов праці/навчання/відпочинку тощо, Страхувальник повинен письмово повідомити про це Страховика 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 та умовами Договору.

3.3.10. Дотримуватись заходів безпеки, вживати всіх можливих та залежних від нього заходів щодо запобігання настанню страхового випадку 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 Страхувальника (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) 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, 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 або Вигодонабувач) надали неповні, неправдиві або недостовірні відомості, які призвели до завищення суми страхової виплати або безпідставної страхової виплати.

3.4.9. При підвищенні ступеня страхового ризику, у випадках, передбачених п. 3.3.8. Загальних умов чи в інших подібних випадках, ініціювати внесення змін до Договору щодо перерахунку страхового платежу, у порядку, передбаченому розділом 4 цих Загальних умов.

3.4.9.1. Якщо Страхувальник в зазначений у Договорі строк не повідомив про зміну відомостей, що були повідомлені Страховику при укладенні Договору або протягом строку його дії згідно з п. 3.3.4. Загальних умов, або відмовився внести зміни до Договору, ініційовані Страховиком у зв'язку з підвищенням ступеня страхового ризику, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати при настанні страхового випадку в разі, якщо його настання було прямо або опосередковано пов'язано зі зміною ступеня страхового ризику, про яку Страхувальник не повідомив Страховика або у зв'язку з якою Страхувальник відмовився внести зміни до Договору.

3.4.10. На виконання вимог законодавства з питань фінансового моніторингу, кожні півроку/один/три/п'ять років дії Договору, в залежності від вимог законодавства та категорії клієнта за рівнем ризику ділових відносин, якщо інший термін не визначений законом, запитувати у Страхувальника, Застрахованої особи 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 вебсайті 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 (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) та Вигодонабувача (Вигодонабувачів), а також про всі виконані з ними фінансові розрахунки, за виключенням випадків, передбачених чинним законодавством України.

3.5.5. 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.

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. 4.10. цих Загальних умов з вини Страховика, Страхувальнику сплачується штраф з розрахунку **0,1% від розміру викупної суми, належної до виплати.**

3.6.3. Сторони погодили, що у разі виникнення за Договором судового спору щодо відмови у страховій виплаті та/або визнання події страховим випадком та/або щодо розміру страхової виплати та/або щодо строків прийняття рішення Страховиком за заявленою подією (у випадку, коли позов подано до суду до прийняття Страховиком рішення за заявленою подією), на період з дати надходження позовної заяви до суду до вступу судового рішення в законну силу, не нараховується пеня та інші санкції за неналежне виконання зобов'язань, передбачені чинним законодавством України (інфляційні нарахування, штрафи, 3% річних та інші).

3.6.4. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання зобов'язань за Договором при настанні форс-мажорних обставин на термін дії таких обставин – ядерного вибуху, впливу іонізуючого випромінювання та радіоактивного забруднення, громадянської війни, актів узурпації влади, масових громадянських заворушень, страйків, заколотів, актів тероризму тощо.

3.7. Конкретним Договором страхування можуть бути розширені/звужені, уточнені (конкретизовані) права та обов'язки Сторін, що прямо слідує з умов такого Договору, відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору, якщо це не суперечить цим Загальним умовам та чинному законодавству України.

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 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.

Додаткова угода є невід'ємною частиною Договору з дати її укладання.

4.4. Порядок зміни Страхувальника за Договором (якщо Страхувальник не є Застрахованою особою):

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

4.4.2. До Заяви додаються наступні документи:

- копії паспортів діючого Страхувальника та нового Страхувальника, завірені їх підписами, із зазначенням ПІБ, дати засвідчення документів та написом «Згідно з оригіналом»;
- копії реєстраційних номерів облікових карток платників податків діючого Страхувальника та нового Страхувальника, завірені їх підписами, із зазначенням ПІБ, дати засвідчення документів та написом «Згідно з оригіналом» (окрім випадків, визначених чинним законодавством України);
- Анкета-опитувальник клієнта (фізичної особи);
- копію Договору страхування.

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

4.4.4. 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.

4.5. Порядок зміни Страховика за Договором:

4.5.1. Зміна Страховика за Договором здійснюється за письмовою згодою Сторін Договору та нового Страховика, шляхом підписання відповідної Додаткової угоди до Договору та передання відповідних страхових резервів новому Страховику у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

4.5.2. 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.

4.6. Якщо Страхувальник не вніс черговий страховий платіж у повному обсязі та/або у визначений у Договорі строк та протягом терміну очікування платежу, Договір припиняє свою дію з 00-00 годин дати, наступної за останньою датою оплаченого періоду страхування.

4.7. Страхувальник має право відновити дію Договору на попередніх умовах шляхом погашення заборгованості по оплаті всіх прострочених страхових платежів, збільшених на 1 % за кожний місяць прострочення. 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).

4.7.1. Якщо відповідальність Страховика за Договором відновлюється більш ніж через 4 місяці, Страховик має право запросити надання результатів медичного огляду Застрахованої особи та, в залежності від результатів такого медичного огляду та отриманих медичних висновків щодо стану здоров'я Застрахованої особи, запропонувати Страхувальнику інші умови страхування, що відповідають ступеню ризику (у разі його зміни). У разі відмови Страхувальника від нових умов страхування, Договір вважається припиненим без права відновлення.

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

4.8.1. Закінчення строку дії Договору.

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

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

4.8.4. Ненадходження або надходження не в повному обсязі на банківський рахунок Страховика чергового страхового платежу у термін, встановлений періодичністю сплати платежу, зазначеною у Договорі, та протягом терміну очікування платежу, з урахуванням положень, зазначених у пп. 4.6. та 4.7. цих Загальних умов.

4.8.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

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

4.8.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

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

4.9.1. 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.

4.9.2. У разі дострокового припинення дії Договору, Страховик виплачує Страхувальнику викупну суму у розмірі частини сплаченого страхового платежу за період, що залишився до закінчення строку дії Договору (при оплаті річного страхового платежу за повний рік дії Договору), з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом строку дії Договору.

4.9.2.1. Виплата викупної суми здійснюється Страхувальнику:

- 1) на підставі вимоги Страхувальника, не пов'язаної із порушенням Страховиком умов Договору страхування;
- 2) на підставі вимоги Страховика, пов'язаної з порушенням Страхувальником умов Договору страхування;
- 3) у разі розірвання договірних відносин на виконання вимог статті 39³ Податкового кодексу України.

4.9.3. Страховик повертає Страхувальнику всю суму сплаченого страхового платежу у разі дострокового припинення дії Договору страхування у випадку:

- 1) вимоги Страхувальника в разі порушення Страховиком умов Договору страхування;
- 2) вимоги Страховика, не пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору страхування;

- 3) припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля;
- 4) набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним.

4.9.4. Сплачений страховий платіж не повертається у разі дострокового припинення дії Договору страхування у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

4.9.5. Остаточний розрахунок між Страхувальником та Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору страхування, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим та/або прийняття Страховиком рішення про відмову в здійсненні страхової виплати.

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

4.10.1. Якщо Договір достроково припиняється за ініціативою Страхувальника, то він має надати Страховику письмову заяву, за формою, визначеною Страховиком, копію паспорту або ID-картки (разом із Довідкою про місце реєстрації), засвідчену підписом Страхувальника із зазначенням дати такого завірення, його ПІБ та напису «Згідно з оригіналом»; копію реєстраційного номеру облікової картки платника податків, засвідчену підписом Страхувальника із зазначенням дати такого завірення, його ПІБ та напису «Згідно з оригіналом» (окрім випадків визначених чинним законодавством України); копію Договору.

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

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

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

4.12.2. Відсутній об'єкт страхування.

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

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

4.12.5. В інших випадках, передбачених чинним законодавством.

4.13. 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.

4.14. За згодою Сторін розгляд питань про внесення змін або 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 за таким Договором, або якщо Договір укладено строком дії на **1 (один) календарний місяць**.

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.

5.1.2. 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 (разом із Довідкою про місце реєстрації), засвідчену підписом Страхувальника із зазначенням дати такого завірення, його ПІБ та напису «Згідно з оригіналом»; копію реєстраційного номеру облікової картки платника податків (ПІН/РНОКПП), засвідчену підписом Страхувальника із зазначенням дати такого завірення, його ПІБ та напису «Згідно з оригіналом» (окрім випадків, визначених чинним законодавством України); копію Договору.

5.1.4. Страховик має право зробити запит на надання інших документів (за необхідності), зокрема, документів для здійснення фінансового моніторингу тощо.

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 закриття листка непрацездатності (завершення лікування Застрахованої особи) – у разі настання Події за **Ризиками 4 – 8**;
- протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати встановлення групи інвалідності – у разі настання Події за **Ризиком 3** або за **Ризиком 9**;
- протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати її настання – у разі смерті Застрахованої особи (**Ризик 1** або **Ризик 2**).

Бланк Заяви на виплату можна завантажити на вебсайті Страховика за посиланням: [Бланк Заяви на виплату](#) (розділ «Документи» - «Бланки заяв»).

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, Вигодонабувач) повинен надати Страховику наступні документи:

7.1.1. Копію Договору.

7.1.2. Документи, що дозволяють ідентифікувати та верифікувати особу отримувача страхової виплати (Вигодонабувача): 1) копія паспорта або ID-картки (разом із Довідкою про місце реєстрації); 2) копія ПІН/РНОКПП. Копії зазначених документів мають бути завірені особистим підписом Вигодонабувача із зазначенням його ПІБ, дати засвідчення документів та напису «Згідно з оригіналом»; 3) заповнену Анкету-опитувальник фізичної особи – отримувача страхової виплати (Вигодонабувача) – згідно з вимогами чинного законодавства з питань фінансового моніторингу.

7.1.3. Документи, що дозволяють ідентифікувати малолітню/неповнолітню Застраховану особу та її родинний зв'язок із отримувачем страхової виплати (її законним представником або Вигодонабувачем 2, в залежності від наслідків Події): 1) копія свідоцтва про народження Застрахованої особи; 2) документ, що підтверджує встановлення опікунства, або усиновлення Застрахованої особи, або інший документ, що підтверджує родинний зв'язок із Застрахованою особою. Копії зазначених документів мають бути завірнені особистим підписом законного представника Застрахованої особи із зазначенням його ПІБ, дати засвідчення документів та напису «Згідно з оригіналом»; 3) заповнену Анкету-опитувальник фізичної особи – законного представника Застрахованої особи – якщо це передбачено вимогами чинного законодавства з питань фінансового моніторингу.

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, Ризиком 2:

- 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;
- документи із закладів охорони здоров'я, що підтверджують причини, обставини та наслідки настання Події (виписки з історії хвороби (епікризу), висновки лікарів-експертів, результати 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.

7.2.2. За Ризиком 3, Ризиком 9:

- довідка, або належним чином засвідчена копія, видана Експертною комісією оцінювання повсякденного функціонування особи (ЕКОПФО) про встановлення Застрахованій особі I або II групи інвалідності та копія індивідуальної програми реабілітації Застрахованої особи;
- 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 тощо (на запит Страховика);
- листок непрацездатності оформлений у паперовій формі або листок непрацездатності, сформований в Електронному реєстрі листків непрацездатності 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, включаючи витяги з цих реєстрів;
- 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 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 вебсайті Страховика за посиланням: [Бланк звіту про нещасний випадок](#);

- 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 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;
- листок непрацездатності оформлений у паперовій формі або листок непрацездатності, сформований в Електронному реєстрі листків непрацездатності 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, включаючи витяги з цих реєстрів;
- копії рентген-знімків/МРТ, фотознімки ушкоджень м'яких тканин, результати лабораторних досліджень, УЗД, КТ тощо (на запит 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 вебсайті 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 5, Ризиком 6, Ризиком 7 та Ризиком 8:

- 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);
- листок непрацездатності оформлений у паперовій формі або листок непрацездатності, сформований в Електронному реєстрі листків непрацездатності 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, включаючи витяги з цих реєстрів;
- на вимогу Страховика, результати лабораторних досліджень та інших медичних досліджень (аналізи, УЗД, КТ, МРТ тощо);
- копія направлення на госпіталізацію, на підставі якого було проведено стаціонарне лікування Застрахованої особи.

Для Критичних захворювань, зазначених у пп. 8), 9), 10) п. 1.10.11.1. та пп. 6), 7) п. 1.10.11.2. Загальних умов, якщо подія, що призвела до настання страхового випадку (параліч, сліпота, 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 вебсайті 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.

7.3. 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), 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 засвідчених 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 на банківський рахунок отримувача виплати (Вигодонабувача) у термін до **10 (десяти) робочих днів** після затвердження Страхового акта.

7.7. Страхова виплата здійснюється визначеному Договором Вигодонабувачу (зазначений у п. 4 Договору страхування) у таких розмірах:

7.7.1. При настанні страхового випадку за **Ризиком 1, Ризиком 2, Ризиком 5** страхова виплата здійснюється в розмірі 100 % страхової суми, встановленої для **Ризику 1, Ризику 2, Ризику 5** відповідно (конкретні розміри страхових сум по застрахованих ризиках зазначені у Договорі), за вирахуванням несплачених страхових платежів, що підлягають оплаті по Договору (за повний рік дії Договору, якщо оплата здійснюється щомісячними/квартальними/піврічними платежами), та з урахуванням наступного:

7.7.1.1. За **Ризиком 1, Ризиком 2** страхова виплата здійснюється (Подія визнається страховим випадком), якщо причиною такої Події став нещасний випадок, що стався у період дії Договору або захворювання, що було виявлено протягом строку дії Договору, але не в перші 3 (три) місяці дії Договору (тобто, з урахуванням часової франшизи (каренції), визначеної згідно з п. 1.10.35. цих Загальних умов щодо **Ризику 1**) та відповідний діагноз було підтверджено документами відповідних закладів охорони здоров'я.

7.7.1.2. За **Ризиком 5** 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 (каренції), визначеної згідно з п. 1.10.35. цих Загальних умов), діагноз був підтверджений документами відповідних закладів охорони здоров'я та за умови, що Застрахована особа прожила принаймні 30 днів після діагностування такого захворювання.

7.7.1.3. Після здійснення страхової виплати за **Ризиком 1, Ризиком 2, Ризиком 5** дія Договору в частині цього ризику припиняється та зобов'язання Страховика за Договором в частині відповідного ризику вважаються виконаними в повному обсязі.

7.7.2. При настанні страхового випадку за **Ризиком 3** або за **Ризиком 9** страхова виплата здійснюється в межах страхової суми, встановленої для **Ризику 3** або для **Ризику 9** (зазначена у Договорі щодо того ризику, який включений до страхового покриття), та з урахуванням наслідків страхового випадку, у таких розмірах:

- у разі встановлення Застрахованій особі інвалідності I групи – 100 % страхової суми;
- у разі встановлення Застрахованій особі інвалідності II групи – 80 % страхової суми.

7.7.2.1. Страхова виплата здійснюється (Подія визнається страховим випадком), якщо: група інвалідності була встановлена Застрахованій особі протягом строку дії Договору; за критеріями оцінки обмеження працездатності особи встановлена I або II група інвалідності; нещасний випадок, що призвів до встановлення групи інвалідності Застрахованій особі стався під час строку дії Договору; захворювання, що призвело до встановлення групи інвалідності Застрахованій особі було виявлено у період дії Договору (з урахуванням часової франшизи (каренції), визначеної згідно з п. 1.10.35. цих Загальних умов) та його діагноз був підтверджений документами відповідних закладів охорони здоров'я.

7.7.2.2. У разі, якщо страхова виплата була здійснена у розмірі 100 % страхової суми (при встановленні Застрахованій особі I групи інвалідності), дія Договору в частині **Ризику 3** або **Ризику 9** припиняється і зобов'язання Страховика вважаються виконаними в повному обсязі.

7.7.2.3. У разі, якщо страхова виплата була здійснена у розмірі 80 % страхової суми (при встановленні Застрахованій особі II групи інвалідності), дія Договору в частині **Ризику 3** або **Ризику 9** продовжується у розмірі різниці між страховою сумою, встановленою для **Ризику 3** або **Ризику 9** та здійсненою страховою виплатою.

7.7.3. При настанні страхового випадку за **Ризиком 4** розмір страхової виплати визначається у процентному співвідношенні від розміру страхової суми, встановленої у Договорі 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 2 до цих Загальних умов (далі – Таблиця виплат по травмам).

7.7.3.1. 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 по травмам, страхова виплата здійснюється у розмірі 1,0 % від розміру страхової суми, встановленої у Договорі для **Ризику 4**.

7.7.4. При настанні страхового випадку за **Ризиком 6** розмір страхової виплати визначається з розрахунку 1 % від розміру страхової суми, встановленої для **Ризику 6** (зазначена в Договорі), за кожен день перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні (якщо Захворювання призвело до лікування в умовах стаціонару), з урахуванням наступного:

7.7.4.1. Страхова виплата здійснюється (Подія визнається страховим випадком), якщо відповідний діагноз (**Захворювання**) був встановлений Застрахованій особі вперше протягом строку дії Договору (з урахуванням часової франшизи (каренції), визначеної згідно з п. 1.10.35. цих Загальних умов) та підтверджений документами відповідних закладів охорони здоров'я.

7.7.4.2. Страхова виплата здійснюється за умови перебування Застрахованої особи на безперервному стаціонарному лікуванні терміном не менше 3 (трьох) календарних днів, починаючи з першого дня лікування, але не більше 30 (тридцяти) календарних днів. Термін стаціонарного лікування визначається згідно з листком тимчасової непрацездатності або довідкою, що підтверджує тимчасову непрацездатність Застрахованої особи та дозволяє встановити термін та режим лікування. При цьому, денний стаціонар прирівнюється до амбулаторного лікування.

7.7.4.3. У разі, якщо Захворювання було виявлено та розпочато лікування у період дії Договору та продовжено/завершено лікування після закінчення строку дії Договору, то для розрахунку страхової виплати кількість днів лікування, що підлягає оплаті, приймається такою, при якій страхова виплата не буде перевищувати розмір страхової суми, встановленої для **Ризику 6**.

7.7.5. При настанні страхового випадку за **Ризиком 7** (тільки для Застрахованих осіб Категорії I) розмір страхової виплати визначається з розрахунку 0,5 % від розміру страхової суми, встановленої для **Ризику 7** (зазначена в Договорі), за кожен день перебування Застрахованої особи на амбулаторному лікуванні (якщо лікування Захворювання здійснювалось амбулаторно), з урахуванням наступного:

7.7.5.1. Страхова виплата здійснюється (Подія визнається страховим випадком), якщо відповідний діагноз (**Захворювання**) був встановлений Застрахованій особі вперше протягом строку дії Договору (з урахуванням часової франшизи (каренції), визначеної згідно з п. 1.10.35. цих Загальних умов) та підтверджений документами відповідних закладів охорони здоров'я.

7.7.5.2. Страхова виплата здійснюється за умови перебування Застрахованої особи на безперервному амбулаторному лікуванні терміном не менше 3 (трьох) календарних днів, починаючи з першого дня лікування, але не більше 30 (тридцяти) календарних днів. Термін амбулаторного лікування визначається згідно з листком тимчасової непрацездатності або довідкою, що підтверджує тимчасову непрацездатність Застрахованої особи та дозволяє встановити термін та режим лікування. При цьому, денний стаціонар прирівнюється до амбулаторного лікування.

7.7.5.3. У разі, якщо Захворювання було виявлено та розпочато лікування у період дії Договору та продовжено/завершено лікування після закінчення строку дії Договору, то для розрахунку страхової виплати кількість днів лікування, що підлягає оплаті, приймається такою, при якій страхова виплата не буде перевищувати розмір страхової суми, встановленої для **Ризику 7**.

7.7.6. При настанні страхового випадку за **Ризиком 8** Страховик здійснює страхову виплату у процентному співвідношенні від розміру страхової суми, встановленої для **Ризику 8** (зазначена в Договорі), згідно з Таблицею розмірів страхових виплат в залежності від характеру хірургічного втручання, яке було здійснено Застрахованій особі в умовах стаціонару, що є Додатком 1 до цих Загальних умов (далі – Таблиця виплат по хірургії), та з урахуванням наступного:

7.7.6.1. Страхова виплата здійснюється (Подія визнається страховим випадком), якщо відповідний діагноз (**Захворювання**) був встановлений Застрахованій особі вперше протягом строку дії Договору (з урахуванням часової франшизи (каренції), визначеної згідно з п. 1.10.35. цих Загальних умов), підтверджений документами відповідних закладів охорони здоров'я.

7.7.6.2. Якщо **Захворювання** призвело до хірургічного втручання, що здійснювалось в умовах стаціонару під час одночасного безперервного стаціонарного лікування Застрахованої особи, термін якого складав не менше 3-х (трьох) календарних днів. Термін стаціонарного лікування визначається згідно з листком тимчасової непрацездатності або довідкою, що підтверджує тимчасову непрацездатність Застрахованої особи. При цьому, денний стаціонар прирівнюється до амбулаторного лікування.

7.7.6.3. Якщо Застрахованій особі було здійснено декілька хірургічних втручань внаслідок одного страхового випадку, розмір страхової виплати визначається у розмірі, що відповідає хірургічному втручання (операції) з найбільшим розміром процентного співвідношення від розміру страхової суми, встановленої для **Ризику 8**, згідно з Таблицею виплат по хірургії.

7.8. Розмір страхових виплат при настанні страхового випадку за будь-яким із застрахованих ризиків не може перевищувати розміру страхової суми, встановленої у Договорі для такого застрахованого ризику. При цьому:

7.8.1. За Ризиком 4 та/або Ризиками 6 – 8:

7.8.1.1. Розмір страхової виплати, розрахований згідно з пп. 7.7.3., 7.7.4., 7.7.5. та/або 7.7.6. цих Загальних умов, не зменшується на суму несплачених страхових платежів, що підлягають оплаті по Договору (за повний рік дії Договору, якщо оплата здійснюється щомісячними/квартальними/піврічними платежами), за умови оплати Страхувальником всіх несплачених страхових платежів, які належать до сплати за повний рік дії Договору або

7.8.1.2. Страхова виплата, передбачена п.п. 7.7.3., 7.7.4., 7.7.5., 7.7.6. цих Загальних умов здійснюється у розмірі, пропорційному внесеним страховим платежам на дату настання страхового випадку, якщо Страхувальник відмовляється від оплати всіх несплачених страхових платежів, які належать до сплати за повний рік дії Договору, якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору.

7.8.1.3. Якщо розмір страхової виплати, розрахований згідно з пп. 7.7.3., 7.7.4., 7.7.5. та/або 7.7.6. цих Загальних умов, менший від розміру страхової суми, встановленої для відповідного застрахованого ризику та за умови оплати Страхувальником всіх належних до сплати по Договору страхових платежів, Договір страхування продовжує дію до закінчення строку дії Договору у розмірі різниці між страховою сумою та страховою виплатою по відповідному застрахованому ризику.

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

7.10. 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 дати 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. Надання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (що передбачені у Заяві на страхування, Декларації Страхувальника, Застрахованої особи, Медичній декларації Застрахованої особи), або про факт настання страхового випадку.

8.1.4. Несвоечасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою 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 Страхувальником (Застрахованою особою) безпекою, та/або невжиття розумних заходів по зменшенню наслідків страхового випадку, що призвело до збільшення обсягу шкоди, груба необережність (недбалість) Страхувальника (Застрахованої особи).

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

8.1.8. Неповідомлення Страхувальником про зміни в Істотній інформації згідно з п. 3.3.4. цих Загальних умов.

8.1.9. Інші випадки, передбачені Договором та/або 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. 7.10. 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. Для укладення Договору страхування уповноваженому представнику Колективу (далі – Клієнту) необхідно звернутись до Страховика або Посередника (далі – представник Страховика) або подати електронну заявку через вебсайт Страховика, залишивши свої контактні дані, для отримання консультації щодо умов страхового продукту «Персональний захист» та з'ясування потреб та вимог Клієнта/членів Колективу у страхуванні згідно з цим Продуктом.

9.3. 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/членів Колективу у страхуванні.

9.4. З метою визначення потреб та вимог Клієнта/членів Колективу у страхуванні, представник Страховика може попросити Клієнта/членів Колективу заповнити Анкету (Опитувальник) та відповісти на питання, необхідні для підготовки Пропозиції Клієнту щодо умов страхування згідно з цим Продуктом для членів Колективу (далі – Пропозиція).

9.5. До інформації, необхідної для попереднього розрахунку та підготовки Пропозиції Клієнту відноситься:

- 1) Сфера професійної діяльності Клієнта та дані, необхідні для здійснення ідентифікації та верифікації Клієнта (юридичної особи, ФОП, фізичної особи) згідно з чинним законодавством;
- 2) Кількість працівників (або членів іншого Колективу) Клієнта щодо страхування яких планується укласти Договори страхування, їх стать, вік (від __ до __ років), рід занять/професія/посада/інше, стан здоров'я (відсутність/наявність інвалідності, професійних, хронічних, інших захворювань, зазначених в Анкеті (Опитувальнику) та/або Медичній декларації Застрахованої особи);
- 3) Обрані страхові ризики (з переліку, зазначеного в Анкеті (Опитувальнику), які мають бути включені до страхового покриття за Договором;
- 4) Бажані розміри страхових сум за обраними страховими ризиками;
- 5) Бажана періодичність оплати страхових платежів за Договором (раз на рік/двічі на рік/щоквартально/ щомісячно/ одноразово);
- 6) Бажаний строк дії Договору;
- 7) Інформація щодо охорони праці та організації системи безпеки на підприємстві (установі, організації або місці проведення колективних заходів тощо) Клієнта;
- 8) Інша інформація, необхідна для оцінки страхових ризиків, яка зазначена у Анкеті (Опитувальнику).

9.6. На підставі наданої інформації згідно з п. 9.5. цих Загальних умов формується Пропозиція Клієнту щодо умов страхування за страховим продуктом «Персональний захист» для укладення Договорів страхування з членами Колективу. Така Пропозиція надається Клієнту у паперовій формі або надсилається на вказану ним електронну пошту, для ознайомлення членів Колективу (потенційних Страхувальників (Застрахованих осіб)) та прийняття ними свідомих рішень щодо укладення Договорів страхування на свою користь.

9.7. Обов'язок щодо ознайомлення членів Колективу з умовами страхування за цим Продуктом, Пропозицією Страховика та отримання письмової згоди на страхування членів Колективу, покладається на Клієнта або Посередника, якщо Договори страхування укладаються за участю Посередника, який має відповідні повноваження.

9.8. Договори страхування укладаються індивідуально з кожним членом Колективу (Страхувальником (Застрахованою особою)) на підставі його письмової Заяви на страхування за формою, визначеною Страховиком.

9.8.1. У випадках, коли розміри страхових сум за обраними страховими ризиками та/або за Договором в цілому на Застраховану особу перевищують відповідні розміри страхових сум, визначені згідно з п.п. 2.5.1.2., 2.5.1.3. цих Загальних умов, та/або якщо Договір страхування укладається на нетипових або індивідуальних умовах, на вимогу Страховика, до Заяви на страхування додається Медична декларація Застрахованої особи за формою, визначеною Страховиком (яка є додатком до Заяви на страхування).

9.8.2. Страховик має право запросити надати інші документи (зокрема, медичні висновки стосовно стану здоров'я особи щодо страхування якої укладається Договір), якщо цього потребуватиме індивідуальна оцінка ризику та прийняття рішення щодо укладання Договору страхування.

9.9. Для укладення Договору Страхувальником (Застрахованою особою) мають бути надані наступні документи та інформація:

1) Копії усіх сторінок паспорта Страхувальника, що містять його ідентифікаційні дані (або ID-картки (разом із Довідкою про місце реєстрації)), та довідки про присвоєння РНОКПП/ПІН, засвідчені особистим підписом Страхувальника із зазначенням дати такого завірення (окрім випадків, визначених чинним законодавством України). Якщо Застрахованою особою за Договором є малолітня/неповнолітня особа, також надається копія свідоцтва про народження такої особи, завірена її законним представником.

Копії вищевказаних документів засвідчуються написом «Згідно з оригіналом», особистим підписом Страхувальника (Застрахованої особи), законного представника із зазначенням його прізвища та ініціалів, а також дати такого завірення.

9.10. При укладенні Договору, Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно підписати Декларацію (Страхувальника, Застрахованої особи), яка є невід'ємною частиною Заяви на страхування.

Якщо Застрахованою особою за Договором є малолітня/неповнолітня особа, Декларація Застрахованої особи має бути підписана її законним представником.

9.11. Загальна кількість членів Колективу щодо яких укладаються Договори страхування не може бути меншою 10 (десяти) осіб.

9.12. Перелік страхових ризиків, включених до страхового покриття за Договором страхування, розміри страхових сум, страхових тарифів та страхових платежів за застрахованими ризиками зазначені у пп. 12.1.-12.4. Договору.

9.13.1. Загальний розмір страхового платежу за Договором, строки та періодичність його сплати зазначаються у пп. 11 та 10 Договору.

9.14. Гранична частка витрат Страховика на укладення та виконання Договору страхування 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** за Договором:

10.1.1. Особи, вік яких менше 1 (одного) року на дату початку строку дії Договору та старші 65 (шестидесяти п'яти) років на дату закінчення строку дії Договору, крім випадків, зазначених у п. 1.10.5.2. цих Загальних умов.

10.1.2. Особи, яким встановлено I, II групу інвалідності, а також особи віком до 18 років, яким встановлено категорію «Дитина з інвалідністю» або «Дитина з інвалідністю підгрупи А».

10.1.3. Особи, які на дату укладання Договору знаходяться під наглядом лікаря або на лікуванні з приводу Захворювання, мають симптоми ГРЗ або ГРВІ (підвищена температура тіла, нежить, кашель, біль у горлі).

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

10.1.5. Особи зі стійкими нервовими чи психічними розладами.

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

10.1.7. 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.

10.1.8. Особи, професійна діяльність яких пов'язана із спеціальним (максимальним) ризиком, якщо інше не передбачено Договором страхування.

10.1.9. Особи, які беруть участь або планують брати участь у заняттях екстремальними видами спорту/хобі.

10.1.10. Особи, які займаються професійним спортом, якщо інше не передбачено Договором страхування.

10.1.11. Особи, які визнані у встановленому законом порядку недієздатними.

10.1.12. Особи, які перебувають в місцях позбавлення волі.

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 було доведено до цього протиправними діями третіх осіб.

10.2.2. Недотримання Застрахованою особою медичних рекомендацій та/або необдуманого 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 Застрахованої особи 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 Застрахованої особи 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 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 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 заздалегідь про це знала, але знехтувала цим.

10.2.6. Психічних та/або нервових захворювань Застрахованої особи, а також захворювань, пов'язаних з епідеміями при встановленні карантину.

10.2.7. Вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних або токсичних речовин (за винятком випадків насильницького введення таких речовин Застрахованій особі третіми особами) або дій Застрахованої особи 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 знаходилась під впливом алкогольного сп'яніння, наркотичних або токсичних речовин.

10.2.8. Наявності у Застрахованої особи 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 добровільно наражала або наражає себе на небезпеку (крім спроб врятувати людське життя), або скоєння Застрахованою особою 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 в місцях позбавлення волі.

10.2.12. Польотів, за виключенням польотів в якості пасажирів офіційно зареєстрованої авіакомпанії, якщо Застрахована особа мала оплачений квиток на такий рейс.

10.2.13. Високоризикових занять та/або занять екстремальними видами спорту/хобі. Під цим розуміється, але не виключно, заняття Застрахованою особою 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 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 тощо; занять професійним спортом.

10.2.14. Приведення у виконання смертної кари, до якої Застраховану особу було засуджено вироком суду.

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

10.2.16. Довготривалого перебування Застрахованої особи 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 у відповідних регіонах не менше, ніж 30 (тридцять) календарних днів.

10.2.17. Критичного захворювання або Захворювання, яке було діагностоване до початку строку дії Договору та/або протягом періоду дії часової франшизи (каренції), визначеної згідно п 1.10.35. Загальних умов.

10.3. За **Ризиками 6 – 8, не визнаються страховими випадками події**, якщо вони сталися в результаті:

10.3.1. Нещасного випадку та/або його наслідків.

10.3.2. Лікування зубів.

10.3.3. Косметичних або пластичних операцій; усунення недоліків зовнішності або фігури Застрахованої особи; видалення шовного матеріалу.

10.3.4. Планових медичних обстежень; госпіталізації Застрахованої особи для проведення медичних оглядів; проведення діагностики методами ендоскопії, лапароскопії та/або артроскопії; імунізації або профілактичних заходів; проживання Застрахованої особи в закладах охорони здоров'я для проходження відновлювального (реабілітаційного) курсу лікування; у зв'язку з доглядом за дитиною або членом сім'ї.

10.3.5. Контрацепції або стерилізації; лікування безпліддя, дослідження дітородної функції, лікування імпотенції; операцій зі зміни статі; захворювань, що передаються статевим шляхом; абортів (крім необхідних за медичними показами), пологів, вагітності або ускладнення при вагітності, пологах або післяпологовому періоді; лікування родової травми.

10.3.6. Вроджених аномалій або спадкових захворювань.

10.3.7. Епідемій; стихійних лих або природних явищ; лікування захворювань, набутих в результаті лікування методами народної (нетрадиційної) медицини.

10.3.8. Харчової токсикоінфекції.

10.3.9. Запалення суглобів та навколосуглобових тканин; операцій, пов'язаних з усіма видами раку шкіри, за винятком злоякісної меланоми; системних захворювань сполучної тканини; дерматитів, екзем; папулосквамозних порушень; кропивниці, еритем.

10.3.10. Психічних розладів або розладів поведінки.

10.3.11. Хронічних, професійних захворювань; алергічних реакцій.

10.3.12. Цукрового діабету та його ускладнень/наслідків.

10.3.13. Гіпертонічної хвороби, а також наслідків та ускладнень захворювань на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет (таких як кардіоміопатія, ангіопатія, нейропатія, хвороби сітківки та сідинної оболонки ока); стенокардії, ІХС.

10.3.14. Захворювань, причиною яких стало зловживання алкоголем, вживання наркотичних та/або токсичних речовин.

10.3.15. Захворювань крові.

10.3.16. Захворювань, що відносяться до Класу I МКХ-10 «Деякі інфекційні та паразитарні хвороби».

10.3.17. Захворювань дихальних шляхів, таких як: бронхіти, гайморити, синусити, ларингіти, фарингіти, трахеїти, риніти.

10.3.18. Остеохондрозу та його ускладнень; хвороб м'язів, фасцій, сухожилків, міжреберної невралгії. Люмбалгії, люмбоішіалгії, радикулопатії (корінцевого синдрому), протрузії міжхребцевих дисків.

10.3.19. Кон'юнктивітів, гострих респіраторних вірусних інфекцій, гострих респіраторних захворювань, грипу, РВІ.

10.3.20. Повторного звернення щодо того ж Захворювання та/або його наслідків, по якому вже була здійснена страхова виплата в період дії Договору.

10.4. 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 вебсторінці 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) 492 8 492, 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:

вебсторінка: <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 телефонуйте 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 вебсайті 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 вебсайті: <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

від «1» серпня 2025 р.

Таблиця розмірів страхових виплат в залежності від характеру хірургічного втручання,
яке було здійснено Застрахованій особі в умовах стаціонару
(Таблиця виплат по хірургії)

Опис хірургічного втручання	Розмір страхової виплати (у % від страхової суми)
Черевो:	
Видалення апендиксу	37 %
Резекція кишки	74%
Резекція шлунку	74%
Гастроентеростомія	63%
Видалення жовчного міхура (холецистектомія)	63%
Розрізання черева з метою лікування або видалення через розріз одного або більше органів, крім вказаного вище (якщо за один раз проводяться дві або більше хірургічних операцій, відшкодування сплачується тільки за одну)	53%
Пряма кишка:	
Радикальна резекція злоякісних пухлин, всі стадії, включаючи колостомію	100%
Геморой, тільки зовнішній, повна процедура висічення	12%
Геморой, внутрішній або внутрішній та зовнішній, включаючи випадіння прямої кишки (повне висічення або лікування ін'єкціями)	22%
Свищ	17%
Тріщина	7%
Інша операція з розрізанням	22%
Груди:	
Ампутація однієї або обох, радикальна, з резекцією до пахової западини	74%
Ампутація однієї або обох, проста	42%
Грудна клітка:	
Повна торакопластика (відкриття грудної клітки)	100%

Видалення легені (пневмонектомія) або її частини	74%
Розрізання грудної порожнини з метою діагностики або лікування, крім проколювання (пункції)	32%
Видалення гною, крім проколювання (пункції)	12%
Штучний пневмоторакс	12%
Бронхоскопія:	
- діагностика	12%
- під час операції, включаючи біопсію	22%
Сечостатева система:	
Видалення нирки	74%
Фіксація нирки	74%
Видалення пухлин або каміння з нирки, уретри, сечовода, сечового міхура: - операція з розрізанням - катетеризація або ендоскопія	63%
Операція на уретрі	22%
Операція всередині уретри	32%
Простата:	17%
- повне видалення за допомогою повної операції	74%
- часткове видалення за допомогою ендоскопії	27%
- інша операція з розрізанням	53%
Орхідектомія або епідіміектомія	27%
Гідроцеле або варікоцеле	12%
Видалення волокнистих пухлин, не через черево	22%
Сальпінгектомія та/або оваріектомія, обидві сторони	85%
Сальпінгектомія та/або оваріектомія, одна сторона	32%
Конізація	22%
Гістеректомія (екстирпація матки)	17%
Грижа:	
Оперування:	
- однієї	32%
- подвійної	53%

Вухо:	
Розрізання барабанної перетинки вуха (парацентез)	7%
мастоїдектомія – радикальна – на одну сторону	53%
мастоїдектомія – радикальна – на обидві сторони	63%
Фенестрація, однієї або обох сторін	100%
Щитовидна залоза:	
Видалення щитовидної залози, включаючи всі стадії операційної процедури	74%
Стравохід:	
Операція усунення стриктури (органічного звуження)	42%
Використання гастроскопу	12%
Очі:	
Відшаровування сітчастої оболонки	100%
Видалення очного яблука (енуклеація)	32%
Видалення птеригію	22%
Розріз ячменю або халазія	7%
Ніс:	
Операція всередині пазух носа	17%
Операція назовні пазух носа	37%
Поліпи, видалення одного або більше	7%
Підслизова резекція перегородки носа	27%
Турбіпектомія	12%
Череп:	
Розрізання в області черепної порожнини, трепанація, крім пункції	100%
Горло:	
Тонзілектомія або тонзіл- та аденоїдоктомія	17%
Використання ларингоскопу для діагностики	7%
Нариви:	
Надріз нариву, гнійника або фурункулу, одного або більше	7%
Хірургічне лікування карбункулу, одного або більше	12%
Ампутація:	

Пальців руки або ноги, кожного	12%
Кисті, руки або стопи на рівні гомілки	22%
Верхньої або нижньої кінцівки	42%
Стегна	74%
Пункція:	
- черевної порожнини	12%
- грудини або сечового міхура, крім катетеризації	7%
- барабанної перетинки, гідроцеле, суглобів або хребта	7%
Пухлини:	
Хірургічне видалення:	
Злоякісних пухлин, крім тих, які знаходяться на слизовій оболонці, шкірі та в підшкірній тканині	53%
Злоякісних пухлин, які знаходяться на слизовій оболонці, шкірі та в підшкірній тканині	27%
Пілонідальних пазух (свищів) або кісти	27%
Доброякісної пухлини яєчка або грудей	22%
Нервового вузла	7%
Доброякісних пухлин, однієї або більше, крім вказаних вище	12%
Вени:	
Варікоз – операція з розрізанням або медикаментозним лікуванням	
- одна нога	22%
- дві ноги	32%

від «1» серпня 2025 р.

Таблиця розмірів страхових виплат в залежності від характеру тілесних ушкоджень (травм),
отриманих внаслідок нещасного випадку
(Таблиця виплат по травмах)

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 рівні променево-зап'ястного, гомілковостопного суглоба	10
д)	на рівні передпліччя, гомілки	20
е)	на рівні плеча, ліктьового суглоба, стегна, колінного суглоба	40
	Травматичний неврит	5
ОРГАНИ ЗОРУ		
10.	Параліч акомодациі одного ока	15
11.	Геміанопсія одного ока	15
12.	Звуження поля зору одного ока:	5
а)	неконцентричне	
б)	концентричне	10

13.	Пульсуючий екзофтальм одного ока	10
14.	Проникаюче поранення очного яблука, рубцевий тріхіаз	10
15.	Порушення функції слізопровідних 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 груднини	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 виплата не здійснюється</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, кишківника, 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, кишківника, брижів, що спричинили:	
а)	видалення частини до 1/3 шлунка, 1/3 кишківника	15
б)	видалення частини 1/2 шлунка, 1/3 хвоста підшлункової залози, 1/2 кишківника	25
в)	видалення частини 2/3 шлунка, 2/3 кишківника, 2/3 тіла підшлункової залози	40
г)	видалення шлунка, 2/3 підшлункової залози, кишківника	50
д)	видалення шлунка з кишківником 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 статеві 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. 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 м'язової грижі, посттравматичного періоститу, перихондриту, повного та часткового розриву зв'язок та сухожиль	10
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 виплата не здійснюється	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
	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	
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, перелоמו-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) Виплата проводиться не раніше ніж через 3 місяці від дня травми при підтвердженні початкового діагнозу	30
б)	плечовий суглоб, що "бовтається", у результаті резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають	40
	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	
	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	
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)	

a)	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:	
a)	відсутність рухів у суглобі	30
б)	ліктьовий суглоб, що "бовтається" (у результаті резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають)	40
	<i>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</i>	
ПЕРЕДПЛІЧЧЯ		
66.	Перелом кісток передпліччя:	
a)	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:	
a)	перелом кісток	3
б)	повний або частковий розрив зв'язок	2
69.	Травматичний анкілоз променево-зап'ясного суглоба	10
	<i>Виплата за ст. 69 проводиться не раніше 9 місяців від дня травми за умови підтвердження діагнозу. Якщо було проведено виплату за ст. 68, то подальші виплати проводяться за її вирахуванням, після постановки остаточного діагнозу</i>	
КІСТКИ КИСТІ		
70.	Перелом або вивих кісток зап'ястя:	
a)	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'ясних кісток зап'ястя або променево-зап'ясного 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:	
a)	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:	
a)	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
	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	
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
	Якщо проводилась виплата у зв'язку з переломом стегна, подальші виплати проводяться за її вирахуванням, після постановки остаточного діагнозу	
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
	У разі множинних пошкоджень колінного суглоба, виплата проводиться тільки за одним з підпунктів статті 86, який передбачає найбільш серйозне пошкодження	
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
	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	
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 апарату (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 по травмах, 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 по травмах, 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</i>	

	<i>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 по травмам, 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