

м. Київ

31.08.2015 р.

Оферта дійсна виключно для страхування резидентів України, віком від 18 до 65 років (включно) на дату укладення Договору добровільного страхування від нещасних випадків та здоров'я на випадок хвороби (договору приєднання), та стан здоров'я яких на дату укладення Договору добровільного страхування від нещасних випадків та здоров'я на випадок хвороби (договору приєднання) відповідає стану, зазначеному в нижченаведеній декларації Страхувальника про добрий стан здоров'я.

<b>1. СТРАХОВИК – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КАРДФ» (ПРИВАТНЕ АТ «СК «КАРДФ»):</b>					
в особі Генерального директора Романенка Олега Олександровича, який діє на підставі Статуту, Ліцензії АВ № 520999 від 11.02.2010 р., Ліцензії АВ 520997 від 11.02.2010 р., Правил добровільного страхування від нещасних випадків (нова редакція), зареєстрованих 25.10.2010 р. (зі змінами), та Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (нова редакція), зареєстрованих 25.10.2010 р. (зі змінами) (надалі разом – Правила), від імені якого діє на підставі укладеного Договору доручення № 1 від 20 лютого 2007 року страховий агент, а саме Публічне акціонерне товариство «УкрСиббанк» в особі Заступника Голови правління Лежніна Костянтина Петровича, який діє на підставі Статуту. Адреса Приватного АТ «СК «Кардіф»: 04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8, тел. 0-800-505-705, (044) 428-61-61, факс (044) 537-42-11. Банківські реквізити Приватного АТ «СК «Кардіф»: п/р 26504013656300 в АТ «УкрСиббанк», МФО 351005, Ідентифікаційний код 34538696.					
<b>2. СТРАХУВАЛЬНИК:</b>					
Фізична особа, яка прийняла в цілому всі умови Договору добровільного страхування від нещасних випадків та здоров'я на випадок хвороби (договору приєднання) (надалі - Договір), та відповідно до умов статей 634, 638 Цивільного кодексу України приєдналася до Договору шляхом підписання Заяви-приєднання (Акцепту), форма якої наведена у Додатку № 1 до Договору (по тексту Договору – Заява-приєднання),					
які надалі разом іменуються Сторони, а кожна окремо – Сторона, уклали Договір, який згідно з ч. 1 ст. 207 Цивільного кодексу України складається з тексту Договору (оферти № 01/36 від 31.08.2015 р.) та Заяви-приєднання, про наступне:					
<b>3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА.</b> Застрахованою особою за Договором є Страхувальник виключно до досягнення ним 70 років включно (по страховим випадкам, передбаченим п. 6.1-6.4 Договору) або до досягнення ним 65 років включно (по страховому випадку, передбаченому п. 6.5 Договору) (по тексту Договору – Страхувальник).					
<b>4. ВИГОДОНАБУВАЧ.</b> Вигодонабувачем за Договором є Страхувальник, а у випадку неможливості отримання ним страхової виплати внаслідок його смерті або визнання його недієздатним у встановленому законодавством порядку, вигодонабувачем призначається особа, визначена Страхувальником у Заяві-приєднанні.					
<b>5. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ.</b> Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані зі життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника.					
<b>5.1. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ</b>					
5.1.1. Текст цього Договору підписується Страховиком та скріплюється його печаткою. Цей текст є офертою в розумінні частини 1 статті 634 Цивільного кодексу України (надалі – Оферта).					
5.1.2. Оферта підписується в одному екземплярі, який зберігається у Страховика. Страхувальник може приєднатися до неї шляхом підписання Заяви-приєднання до Договору добровільного страхування майна та відповідальності (приєднання), зразок якої міститься в Додатку № 1 до Договору.					
5.1.3. Оферта є стандартною формою в розумінні статті 634 Цивільного кодексу України, яку може акцептувати інша особа шляхом приєднання до Договору в цілому.					
5.1.4. Заява – приєднання оформлюється на бланку Страховика в одному екземплярі з унікальним номером. Номер, вказаний на Заяві-приєднання, відповідає номеру Договору. Оригінал Заяви-приєднання зберігається в Страховика.					
5.1.5. Після підписання Заяви-приєднання та оплати страхового платежу Страхувальникові видається копія Договору - усіх його складових відповідно до п. 5.1.6. цього Договору. Ці документи разом із документом, який підтверджує факт сплати страхового платежу, засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором.					
5.1.6. Договір складається з Оферти та Заяви – приєднання і вважається укладеним із моменту підписання Страхувальником Заяви, у спрощений спосіб, у розумінні частини 1 статті 181 Господарського кодексу України.					
<b>6. СТРАХОВІ ВИПАДКИ.</b> Страхові випадки, по яким надається страховий захист по кожному укладеному Договору, визначаються в Заяві-приєднанні (позначаються позначкою «Так» в п. 6.6 Заяви-приєднання), залежно від обраної Страхувальником вартості страхування (страхового платежу) згідно з Додатком № 2 до Договору. За Договором страховий захист надається по наступним страховим випадкам (з урахуванням умов п. 10, 18 Договору), що сталися із Страхувальником під час дії Договору та підтверджені документами, виданими уповноваженими органами та відповідними закладами охорони здоров'я у встановленому законом порядку, та виключно за умови, якщо такі події позначені позначкою «Так» у п. 6.6 Заяви-приєднання:				<b>6.6. Надання страхового захисту за Договором (Так/Ні):</b>	
6.1. <b>Смерть або постійна працездатність</b> – постійна працездатність Страхувальника (первинне встановлення I або II групи інвалідності) внаслідок нещасного випадку або смерті Страхувальника внаслідок нещасного випадку.				Визначається в Заяві-приєднання	
6.2. <b>Госпіталізація</b> – безперервне перебування Страхувальника в стаціонарі (крім денного стаціонару) лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) внаслідок нещасного випадку або хвороби не менше 4 (чотирьох) календарних днів поспіль, що підтверджено документально. При цьому страховий захист по страховому випадку Госпіталізація не розповсюджується на перебування Страхувальника у денному стаціонарі, а також на перебування Страхувальника в стаціонарі лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) внаслідок гострої респіраторно вірусної хвороби (ГРВІ).				Визначається в Заяві-приєднання	
6.3. <b>Переломи та інші травми</b> – тимчасова працездатність Страхувальника внаслідок нещасного випадку при наступних травматичних ушкодженнях: а) переломи або травматичні ампутації кісток плеча, рук та ніг, а саме: кісток плеча: ключиця, лопатка; кісток руки: плечова кістка, передпліччя (лікоть, променева кістка), кістки літкового суглобу; кісток кисті: зап'ястя, п'ясть, фаланги пальців руки; кісток ноги: стегнова кістка, колінна чашка, гомілка (велика та мала гомілкові кістки), кістки гомілковостопного суглобу; кістки стопи: передплюсна, плесно, фаланги пальців ноги; б) ушкодження головного мозку (за умови отримання листка непрацездатності або довідки закладу охорони здоров'я (для непрацюючих)); в) хімічному або термічному опіку (крім обмороження) поверхні тіла другого, третього або четвертого ступеню (за умови отримання листка непрацездатності або довідки закладу охорони здоров'я (для непрацюючих)); г) вивиху суглобу внаслідок травми (за умови накладання ортопедичної фіксуєючої пов'язки або гіпсу, що має бути документально підтверджено); г) розтягненні зв'язок другого або третього ступеню тяжкості.				Визначається в Заяві-приєднання	
6.4. <b>Тимчасова працездатність</b> – безперервне перебування Страхувальника на лікуванні внаслідок нещасного випадку або хвороби не менше 11 (одинадцяти) календарних днів поспіль, що підтверджено документально (листом непрацездатності або довідкою закладу охорони здоров'я (для непрацюючих)).				Визначається в Заяві-приєднання	
6.5. <b>Критичне захворювання</b> – встановлення у Страхувальника первинного діагнозу наступного захворювання: <b>Злоякісне новоутворення (рак)</b> , або <b>Інсульти</b> , або <b>Інфаркт міокарду</b> , або <b>Хірургічне коронарних артерій зворотним методом (аортно-коронарне шунтування)</b> , або <b>Ниркова недостатність</b> , або <b>Пересадка життєво важливих органів</b> , або <b>Параліч</b> , за умови, що Страхувальник після 30 (тридцяти) календарних днів від дати встановлення первинного діагнозу такого захворювання продовжує лікування цього захворювання або якщо протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати встановлення первинного діагнозу такого захворювання не констатовано смерть Страхувальника. Визначення кожного із вищевказаних Критичних захворювань наведено у п. 12 Договору.				Визначається в Заяві-приєднання	
<b>7. СТРАХОВА СУМА, ЛІМІТИ ВИПЛАТИ, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ</b> по кожному із страхових випадків, вказаних у п. 6.1-6.5 Договору, по яким надається страховий захист за Договором згідно умов п. 6.6 Заяви-приєднання, визначаються в Заяві-приєднанні, залежно від обраної Страхувальником вартості страхування (страхового платежу) згідно з Додатком № 2 до Договору та нижченаведених умов п. 7.1-7.6 Договору.					
<b>7.1. Страхова сума, грн.:</b>		<b>7.2. Ліміти по максимальній кількості страхових випадків за весь час дії Договору:</b>	<b>7.3. Ліміти страхової виплати, грн.:</b>	<b>7.4. Страховий тариф, %:</b>	<b>7.5. Страховий платіж, грн.:</b>
<b>Смерть або постійна працездатність</b>	Визначається в Заяві-приєднання	1 страховий випадок	В межах страхової суми (з урахуванням умов п. 17 Договору)	Визначається в Заяві-приєднання	Визначається в Заяві-приєднання
<b>Госпіталізація</b>	Визначається в Заяві-приєднання	Кількість страхових випадків не обмежена	Ліміт страхової виплати за 1 (один) день Госпіталізації визначається в Заяві-приєднання (з урахуванням умов п. 17 Договору)	Визначається в Заяві-приєднання	Визначається в Заяві-приєднання
<b>Переломи та інші травми</b>	Визначається в Заяві-приєднання	2 страхові випадки	Ліміт страхової виплати по одному страховому випадку визначається в Заяві-приєднання (з урахуванням умов п. 17 Договору)	Визначається в Заяві-приєднання	Визначається в Заяві-приєднання
<b>Тимчасова працездатність</b>	Визначається в Заяві-приєднання	1 страховий випадок	Ліміт страхової виплати визначається в Заяві-приєднання (з урахуванням умов п. 17 Договору)	Визначається в Заяві-приєднання	Визначається в Заяві-приєднання
<b>Критичне захворювання</b>	Визначається в Заяві-приєднання	1 страховий випадок	В межах страхової суми (з урахуванням умов п. 17 Договору)	Визначається в Заяві-приєднання	Визначається в Заяві-приєднання
<b>7.6. Загальний страховий платіж за Договором, грн.:</b>					Визначається в Заяві-приєднання

<b>8. СТРОК ТА УМОВИ СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ:</b>	
8.1. Загальний страховий платіж, вказаний у п. 7.6 Договору, сплачується Страховальником одноразово та в повному обсязі на користь Страховика в строк, вказаний у Заяві-приєднання.	
<b>9. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ:</b>	Договір діє 1 (один) рік. Дата початку дії Договору та дата закінчення дії Договору визначені у Заяві-приєднанні.
<b>10. ПОЧАТОК ДІЇ СТРАХОВОГО ЗАХИСТУ:</b>	По страховим випадкам, вказаним у п. 6.1-6.3 Договору, з дати вступу в дію Договору. По страховому випадку, вказаному у п. 6.4 Договору, з 4 (четвертого) календарного дня від дати вступу в дію Договору. По страховому випадку, вказаному у п. 6.5 Договору, з 91 (дев'яноста першого) календарного дня від дати вступу в дію Договору.
<b>11. ДЕКЛАРАЦІЯ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРО ДОБРИЙ СТАН ЗДОРОВ'Я (далі - Декларація):</b>	
<p><b>При страхуванні на випадок настання страхових випадків Смерть або постійна працездатність, Госпіталізація, Переломи та інші травми, Тимчасова непрацездатність заявляю:</b> Я, Страховальник за Договором, повідомляю, що на момент підписання Заяви-приєднання та укладання Договору, я є повністю працездатним (не є інвалідом I, II, III групи); в мене не діагностовано та я не хворію на будь-які онкологічні (ракові) захворювання або захворювання, пов'язані із синдромом набутого імунodefіциту (СНІД) або вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ); я не перебував протягом останніх дванадцяти місяців на лікарняному (через хворобу або нещасний випадок) на період, більший ніж 30 послідовних днів, та, за виключенням профілактичного лікування, мій стан здоров'я не потребує регулярного контролю або лікування.</p> <p><b>При страхуванні на випадок настання страхового випадку Критичне захворювання додатково заявляю:</b> Я, Страховальник за Договором, повідомляю, що на момент підписання Заяви-приєднання та укладання Договору, я є повністю працездатним (не є інвалідом I, II, III групи); не страждаю на хвороби серцево-судинної системи, неврологічні чи/або психічні порушення, захворювання печінки (цироз, гепатит В, С та інші тяжкі захворювання), ВІЛ, хвороби ендокринної системи, захворювання крові, хронічні та обструктивні бронхо-легеневі захворювання; не перебував протягом останніх дванадцяти місяців на лікарняному (через хворобу або нещасний випадок) на період, більший ніж 30 послідовних днів, та, за виключенням профілактичного лікування, мій стан здоров'я не потребує регулярного контролю або лікування.</p> <p><b>Крім вищевказаного я заявляю, що:</b> Я, підписуючи Заяву-приєднання та укладаючи Договір, підтверджую і не заперечую, що всі відомості, вказані у Декларації, є достовірними та є невід'ємною частиною Договору і, у разі неправдивості вищевказаної інформації, Приватне АТ «СК «Кардіф» має право відмовити у здійсненні страхової виплати. Я, підписуючи Заяву-приєднання та укладаючи Договір, у разі настання страхового випадку надаю згоду на розкриття лікарської таємниці та дозволяю будь-якому лікарю (закладу охорони здоров'я), який володіє будь-якою медичною інформацією щодо стану мого здоров'я, надати її Приватному АТ «СК «Кардіф» та забезпечити Приватне АТ «СК «Кардіф» медичною інформацією щодо стану мого здоров'я для проведення процедур, передбачених Законом України «Про страхування» та Договором.</p>	
<b>12. ВИЗНАЧЕННЯ:</b>	
<p>12.1. На умовах Договору:</p> <p>12.1.1. Під нещасним випадком розуміється – раптова, випадкова, короткочасна, незалежна від волі Страховальника подія, що фактично відбулась і яка призвела до отримання Страховальником травматичних ушкоджень та функціональних розладів здоров'я, настання непрацездатності або смерті (з урахуванням умов п. 18 Договору);</p> <p>12.1.2. Страховий захист – обов'язок Страховика здійснювати страхову виплату при настанні страхового випадку відповідно до Договору;</p> <p>12.1.3. Визначення по відповідних Критичних захворюваннях:</p> <p>1) <b>Злоякісне новоутворення (рак)</b> – це злоякісна пухлина, що характеризується поступовим, неконтрольованим зростанням і розповсюдженням злоякісних клітин, та наявністю інвазії та ураження нормальних та навколишніх тканин. <b>На умовах Договору:</b></p> <p>а) Позитивне діагностування злоякісного новоутворення (раку) здійснюється за допомогою гістопатологічного підтвердження. Діагностування (встановлення) у Страховальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): онколог.</p> <p>б) Не визнається Злоякісним новоутворенням (раком): - хвороба Ходжкіну та неходжкінські лімфони 1-ї стадії (за класифікацією Ann Arbor); - лейкоз, окрім хронічного лімфолейкозу, за відсутності широкого проникнення ракових клітин у кровотворні тканини кісткового мозку; - пухлини, що відображають патологічні зміни у розвитку ракової пухлини на місці (включаючи дисплазію шийки матки CIN-1, CIN-2 та CIN-3), або які гістологічно описані як передракові; - всі форми раку шкіри, якщо відсутній доказ того, що метастази або пухлина є злоякісною меланомою, товщиною понад 1,5 мм, як визначено під час гістопатологічного дослідження за допомогою методу Breslow; - форми раку, що не загрожують життю, а саме форми раку простати, які гістологічно описані за системою TNM, класифікація T1(a) або T1(b), чи які класифікуються за іншою еквівалентною або нижчою категорією класифікації; - мікрокарцинома щитовидної залози; - м'язово-неінвазивний рак сечового міхура, який гістологічно описаний як рак стадії TaN0M0 або за нижчою категорією класифікації; - хронічний лімфолейкоз із стадією нижче I за Rai та A-I за Binet.</p> <p>2) <b>Інсульт</b> – означає настання захворювання внаслідок цереброваскулярних подій, яке має клінічні ознаки фокальних порушень мозкових функцій, що швидко розвиваються, які тривають більше 24 годин або призводять до смерті, і які не є наслідком іншої видимої причини, окрім причини судинного походження. <b>На умовах Договору:</b></p> <p>а) Діагностування (встановлення) у Страховальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): невролог.</p> <p>б) Інсульт визнається страховим випадком за умови, що він призводить до неврологічних розладів, які спричиняють: - постійну або необоротну нездатність Страховальника пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних пристроїв або - постійну або необоротну нездатність Страховальника самостійно їсти або - постійну або необоротну нездатність Страховальника усно спілкуватися з оточенням або - постійну або необоротну відмову функції щонайменше однієї кінцівки, де кінцівка визначається як рука, включаючи кисть, або нога, включаючи ступню.</p> <p>в) Обов'язковою умовою для визнання Інсульту страховим випадком є наявність одного чи декількох із перерахованих вище станів після спливу 3 (трьох) місяців з дати настання Інсульту.</p> <p>г) Дані комп'ютерної, магнітно-резонансної томографії або аналогічних відповідних методів мають відображати: - настання Інсульту та/або інфаркт головного мозку або внутрішньочерепний або субарахноїдальний крововилив.</p> <p>г) Не визнається як Інсульт: церебральні розлади, викликані мігренню, церебральні розлади внаслідок травми або гіпоксії, судинні захворювання, що вражають око або очний нерв, мінущі порушення головного мозкового кровообігу, що тривають менше 24 годин, напади вертебро-базиллярної ішемії, лакунарні інсульти без неврологічної симптоматики.</p> <p>3) <b>Інфаркт міокарду</b> – це гострий некроз ділянки серцевого м'яза, що виникає внаслідок абсолютної або відносної недостатності коронарного кровообігу. <b>На умовах Договору:</b></p> <p>а) Діагностування (встановлення) у Страховальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): кардіолог.</p> <p>б) Інфаркт міокарду вважається страховим випадком лише за умови відповідності всім наведеним нижче критеріям: - діагностовано збільшення кількості специфічних кардіологічних маркерів, типових для Інфаркту міокарду; - зміни на новій ЕКГ, що вказують на Інфаркт міокарду; - підтверджене погіршення функції лівого шлуночку, включаючи зниження фракції викиду лівого шлуночку, значну гіпокінезію, акінезію або анормальну рухливість стінок внаслідок Інфаркту міокарду тощо;</p> <p>в) Не визнається як Інфаркт міокарду: інфаркти міокарда із збільшенням показників тропонінів I або T в крові без зміни сегмента ST, інші гострі коронарні синдроми (такі як стабільна / нестабільна стенокардія), безболівий інфаркт міокарда.</p> <p>4) <b>Хірургія коронарних артерій зворотним методом (аортно-коронарне шунтування)</b> – означає фактичну проведену хірургічну операцію із трансплантації коронарної артерії зворотним методом шляхом торакотомії для корекції або лікування захворювання коронарних артерій. <b>На умовах Договору:</b></p> <p>а) Діагностування (встановлення) у Страховальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): кардіохірург.</p> <p>б) Не визнається Хірургією коронарних артерій зворотним методом (аортно-коронарним шунтуванням): - ангіопластика або інші нехірургічні методи, включаючи в тому числі лікування лазером; - балонна ангіопластика (дилатація) коронарних артерій, застосування лазера, інші не хірургічні процедури.</p> <p>5) <b>Ниркова недостатність</b> – означає фактичний початок регулярного діалізу нирок або фактично проведену трансплантацію нирки, що є результатом ниркової недостатності кінцевої (термінальної) стадії або результатом відмови функції обох нирок. <b>На умовах Договору:</b></p> <p>а) Діагностування (встановлення) у Страховальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): нефролог.</p> <p>б) Не визнається Нирковою недостатністю: ниркова недостатність на стадіях, що передують кінцевої (термінальній), ниркова недостатність без регулярного діалізу або трансплантації.</p> <p>6) <b>Пересадка життєво важливих органів</b> – означає фактично проведену операцію із трансплантації людських органів від донора до Страховальника, що включає один або більше з наступних органів: нирка, печінка, серце, легені, підшлункова залоза, або пересадку кісткового мозку. <b>На умовах Договору:</b></p> <p>а) Діагностування (встановлення) у Страховальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): хірург-трансплантолог.</p> <p>б) Не визнається Пересадкою життєво важливих органів: фактично проведені операції із трансплантації будь-яких інших органів, частин органів, тканин або клітин, ніж вищевказані.</p> <p>7) <b>Параліч</b> – означає постійну та повну відмову функції двох або більше кінцівок в результаті травми або захворювання спинного мозку. Під кінцівкою розуміється рука або нога повністю. <b>На умовах Договору:</b></p> <p>а) Діагностування (встановлення) у Страховальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): невролог.</p> <p>12.1.3.1. Відповідне Критичне захворювання має бути вперше діагностоване (вперше встановлено та вперше підтверджено діагноз такого захворювання) у Страховальника під час</p>	

<p>дії Договору (з урахуванням початку дії страхового захисту по даному страховому випадку) виключно профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я).</p> <p>12.1.3.2. Визнання Страховиком Критичним захворюванням заявленого йому захворювання Страхувальника здійснюється з урахуванням відповідних умов п. 18 Договору.</p> <p>12.1.4. Інші терміни та визначення, передбачені Договором, встановлюються згідно Правил.</p>
<p><b>13. ПОЧАТОК ДІЇ ДОГОВОРУ. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ:</b></p> <p>13.1. <b>Договір вступає в дію</b> з дати, яка зазначена у п. 9 Договору як дата початку дії Договору, за умови, якщо загальний страховий платіж, що вказаний у п. 7.6 Договору, сплачено Страхувальником одноразово та в повному обсязі Страховику в строк, вказаний у п. 8.1 Договору.</p> <p>13.2. У випадку несплати (або сплати не в повному обсязі) Страхувальником загального страхового платежу, що вказаний у п. 7.6 Договору, до дати, зазначеної в п. 8.1 Договору, Договір є таким, що не вступає в дію (не набрав чинності).</p> <p>13.3. Страховик не визнає страховим випадком і не здійснює страхову виплату, якщо подія, яка заявлена Страховику, мала місце до початку дії Договору, а також у період, коли страховий платіж не був сплачений (або був сплачений не в повному обсязі) Страхувальником. Жоден з випадків, що стався у такий період, не розглядається Страховиком як страховий і страхова виплата по ньому не здійснюється.</p> <p>13.4. <b>Місце дії Договору.</b> По страховим випадкам, передбаченим п. 6.1, 6.3 Договору, Договір діє на території будь-якої країни світу. По страховим випадкам, передбаченим п. 6.2, 6.4, 6.5 Договору, Договір діє виключно на території України.</p>
<p><b>14. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН:</b></p>
<p><b>14.1. Страховик зобов'язаний:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ознайомити Страхувальника з умовами страхування та Правилами;</li> <li>2) протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати у відповідності до умов Договору;</li> <li>3) при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк та на умовах Договору;</li> <li>4) за письмовою заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або збільшення вартості майна переукласти з ним Договір;</li> <li>5) не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.</li> </ol> <p><b>14.2. Страховик має право:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) вимагати від Страхувальника інформацію та документи, необхідні для встановлення факту страхового випадку, обставин та причин його виникнення, а також перевіряти подану Страхувальником інформацію, контролювати виконання Страхувальником вимог та умов Договору;</li> <li>2) робити запити до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій незалежно від форм власності, що володіють необхідною інформацією про обставини страхового випадку. Страховик також має право самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, проводити власне розслідування;</li> <li>3) відсторонити прийняття рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у здійсненні страхової виплати, якщо за фактом смерті Страхувальника відкрито кримінальне провадження, – до закінчення його розгляду (винесення вироку або закриття провадження), а також, якщо у Страховика є підстави для сумнівів в правомірності одержання Страхувальником (Вигодонабувачем) страхової виплати, – до закінчення розслідування страхового випадку Страховиком та отримання відповідей на запити від компетентних органів, але на строк не більше, ніж 6 (шість) місяців;</li> <li>4) відмовити у страховій виплаті з підстав, передбачених законодавством України та Договором;</li> <li>5) ініціювати внесення змін до Договору або достроково припинити дію Договору відповідно до умов Договору та законодавства України;</li> <li>6) вимагати від Страхувальника (Вигодонабувача), його спадкоємців інформацію та документи, необхідні для встановлення факту страхового випадку, обставин та причин його виникнення;</li> <li>7) інші права згідно з Правилами, Договором та законодавством України.</li> </ol> <p><b>14.3. Страхувальник зобов'язаний:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) своєчасно вносити страхові платежі в розмірі та строки, визначені Договором;</li> <li>2) при укладанні Договору надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ризику (в т.ч. передбачені п. 11 Договору), а також правдиво та повно відповісти на всі питання Страховика, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику не пізніше 2 (двох) робочих днів з моменту виникнення цих змін (укладання інших договорів страхування щодо предмету Договору, виконання діяльності із підвищеною небезпечкою відповідно до переліку, визначеного чинним законодавством України, або професійне зайняття спортом на постійній основі, виникнення змін в інформації Декларації згідно умов п. 11 Договору тощо);</li> <li>3) при укладанні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета Договору;</li> <li>4) вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;</li> <li>5) надати Страховику достовірні відомості про стан свого здоров'я, які Страховик вимагає при укладанні Договору (в т.ч. передбачені п. 11 Договору), а також, при необхідності, на вимогу Страховика надавати під час дії Договору Страховику достовірні відомості про стан свого здоров'я, а також, при необхідності, пройти медичне обстеження у закладах охорони здоров'я або у відповідного медичного спеціаліста (лікаря), визначених Страховиком та за його рахунок;</li> <li>6) інформувати Страховика про зміну місця свого фактичного проживання та/або місця реєстрації протягом 2 (двох) робочих днів з моменту настання таких змін;</li> <li>7) повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк та на умовах, передбачених Договором, а також при настанні страхового випадку виконати дії, передбачені п. 15 Договору, та надати документи, передбачені п. 16 Договору;</li> <li>8) надати документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та які необхідні для здійснення страхової виплати, в обсязі і строки, передбачені Договором;</li> <li>9) виконувати інші обов'язки та умови, передбачені Договором.</li> </ol> <p><b>14.4. Страхувальник має право:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) на страхову виплату відповідно до умов Договору в розмірі та порядку, передбаченому Договором;</li> <li>2) ініціювати внесення змін до Договору або достроково припинити Договір відповідно до умов, визначених Договором;</li> <li>3) оскаржити в судовому порядку рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати;</li> <li>4) інші права згідно з Правилами, Договором та законодавством України.</li> </ol>
<p><b>15. ДІЇ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ:</b></p> <p>15.1. <b>При настанні страхового випадку за Договором</b> Страхувальник (Вигодонабувач) або його представник (спадкоємець) зобов'язаний:</p> <p>15.1.1. <b>Повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 5 (п'яти) робочих днів</b> з дня, коли Страхувальник (або, в залежності від страхового випадку, Вигодонабувач або представник (спадкоємець) Страхувальника) дізнався або повинен був дізнатися про настання страхового випадку, та протягом того ж строку подати Страховику письмово Заяву-повідомлення про страховий випадок за формою, встановленою Страховиком (надалі – Заява). Письмова Заява направляється за адресою Страховика, що зазначена у п. 1 Договору;</p> <p>15.1.2. <b>При хворобі або нещасному випадку звернутися до закладів охорони здоров'я</b> та, якщо цього вимагатимуть обставини настання нещасного випадку, повідомити відповідні компетентні органи чи служби, які повинні реагувати та/або розслідувати подію, що призвела до настання страхового випадку внаслідок нещасного випадку (в залежності від обставин настання події: відповідні підрозділи МВС України, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, комунальні служби тощо) – в день настання події, але в будь-якому разі не пізніше 5 (п'яти) робочих днів від дати настання такої події;</p> <p>15.1.3. <b>Надати Страховику документи, необхідні для прийняття рішення про страхову виплату</b>, передбачені п. 16 Договору.</p>
<p><b>16. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ:</b></p> <p>16.1. <b>Для здійснення страхової виплати в залежності від характеру страхового випадку Страховику, крім Заяви, надаються такі документи:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) копія Договору;</li> <li>2) копія паспорту Страхувальника (стор. 1-5, 10-11 (сторінка з реєстрацією)) та копія довідки про присвоєння йому реєстраційного номера облікової картки платника податків (довідки про присвоєння ідентифікаційного номера) (при відсутності у випадках, передбачених законодавством, – копія сторінки паспорту з відповідною відміткою), відповідні документи Вигодонабувача чи іншої особи, що має право на отримання страхової виплати;</li> <li>3) документ, який підтверджує факт та обставини настання нещасного випадку із Страхувальником (акт розслідування нещасного випадку відповідно до законодавства, та/або довідка Державної служби України з надзвичайних ситуацій України чи МВС України (при дорожньо-транспортній пригоді – розширена довідка ДАІ), рішення суду або довідка іншого компетентного органу чи закладів охорони здоров'я);</li> <li>4) довідка або інший офіційний документ, що містить інформацію про наявність/відсутність у Страхувальника стану сп'яніння будь-якого виду або його перебування під дією наркотичних чи токсичних речовин під час керування транспортним засобом та інших дій, залежно від характеру страхового випадку (наприклад: дорожньо-транспортної пригоди, протиправних дій тощо);</li> <li>5) <b>по страховому випадку Смерть або постійна непрацездатність</b> додатково надається: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) оригінал свідоцтва про смерть Страхувальника або його нотаріально засвідчена копія;</li> <li>b) копія довідки про причину смерті Страхувальника;</li> <li>в) оригінал довідки Медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) про первинне встановлення I або II групи інвалідності Страхувальнику або її нотаріально засвідчена копія (або копія, засвідчена органом, що її видав);</li> <li>г) медична довідка та/або витяг з історії хвороби Страхувальника, а також за вимогою Страховика – копія амбулаторної або медичної картки Страхувальника;</li> </ol> </li> </ol>

- б) по страховим випадкам Госпіталізація та Тимчасова непрацездатність додатково надається:
- а) копія листка непрацездатності (для працюючих) або довідка закладу охорони здоров'я (для непрацюючих), які підписані відповідальною особою та завірені печаткою закладу охорони здоров'я;
- б) медична довідка та/або витяг з історії хвороби Страхувальника, а також за вимогою Страховика – копія амбулаторної або медичної картки Страхувальника, витяг з такої картки;
- 7) по страховому випадку Переломи та інші травми додатково надається:
- а) медична довідка та/або витяг з історії хвороби Страхувальника, а також за вимогою Страховика – копія амбулаторної або медичної картки Страхувальника, витяг з такої картки;
- б) рентген-знімок перелому або вивиху суглобу та, за вимогою Страховика, опис знімку, підписаний лікарем та завірений печаткою медичної установи у випадку перелому або вивиху суглобу. Крім цього, при настанні травми – вивиху суглобу, обов'язково надається документальне підтвердження факту проведення медичної маніпуляції при вивиху суглобу – накладання ортопедичної фіксуючої пов'язки або гіпсу (наприклад: в призначеннях лікаря має бути вказано про необхідність накладання ортопедичної фіксуючої пов'язки або гіпсу в зв'язку з вивихом суглобу; медичний документ, наданий Страховику, має підтверджувати факт накладання ортопедичної фіксуючої пов'язки або гіпсу);
- в) копія листка непрацездатності (для працюючих) або довідки закладу охорони здоров'я (для непрацюючих), підписана відповідальною особою та завірена печаткою закладу охорони здоров'я у випадку отримання травм: ушкодження головного мозку; міхричний або термічний опік поверхні тіла другої, третього або четвертого ступеню;
- 8) по страховому випадку Критичне захворювання додатково надається (з урахуванням умов пп. 16.3.1 п. 16.3 Договору):
- а) офіційний медичний висновок про вперше діагностоване відповідне Критичне захворювання (вперше встановлений та вперше підтверджений діагноз такого захворювання) у Страхувальника відповідним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я) з України, який має містити дати, діагнози, причини захворювання, результати досліджень чи діагностики, на підставі яких поставлено такий діагноз, а також бути підписаний відповідальною особою і завірений печаткою закладу охорони здоров'я у відповідності до вимог законодавства України. При цьому, в залежності від виду Критичного захворювання, такий медичний висновок має обов'язково містити:
- при Злоякісному новоутворенні (раку): результати патогістологічного обстеження;
  - при Інсульті: неврологічний статус і осередок ураження, результати комп'ютерної, магнітно-резонансної томографії або аналогічних відповідних методів, які підтверджують Інсульт;
  - при Інфаркті міокарду: півку ЕКГ з чітким графіком свіжого Інфаркту міокарду та результати дослідження крові на наявність кардіальних ферментів у крові;
  - при Хірургії коронарних артерій зворотним методом (аортно-коронарному шунтуванні): результати коронарографії до і після операції (додання знімків обов'язково);
  - при Нирковій недостатності: результати дослідження крові на рівень мочевини та креатину; місця і дат проведення регулярного гемодіалізу та загального строку виконання таких процедур;
  - при Пересадці життєво важливих органів: аргументовані показники до трансплантації (із зазначенням причин, які викликали необхідність проведення трансплантації, етіології та патогенезу таких причин);
  - при Паралічі: способи встановлення, діагностики Паралічу, етіологію та патогенез такого захворювання;
- б) копія амбулаторної або медичної картки Страхувальника із закладу охорони здоров'я, де вперше діагностоване відповідне Критичне захворювання (вперше встановлений та вперше підтверджений діагноз такого захворювання);
- в) виписка з амбулаторної (медичної) картки Страхувальника за місцем проживання або за місцем його обслуговування (відомчі поліклініки, профільні лікувально-профілактичні заклади тощо) за останні 5 (п'ять) років з дати звернення до Страховика із зазначенням:
- загального фізичного стану Страхувальника у такий період;
  - поставлених за такий час діагнозів (в т.ч. щодо наявності заявленого Критичного захворювання, включаючи дані про наявність виданих направлень на обстеження з приводу його діагностування) і дат їх постановки, запропонованого й проведеного лікування, дат госпіталізації і їх причин;
  - встановлених груп інвалідності у такий період у Страхувальника;
  - фактів та причин направлення у такий період Страхувальника на МСЕК чи до спеціалізованих закладів охорони здоров'я або спеціалізованих медичних спеціалістів (лікаря відповідної медичної спеціалізації);
- г) первинні медичні документи (результати лабораторних досліджень, гістологічних досліджень, результати функціональної, інструментальної чи інших видів діагностики, висновки за результатами консультації лікарів, рентгенологічні чи інші знімки, результати УЗІ, томографії, ЕКГ тощо), на підставі яких вперше діагностоване відповідне Критичне захворювання (вперше встановлений та вперше підтверджений діагноз такого захворювання) – за вимогою Страховика;
- ґ) офіційний медичний висновок за результатами проведеного за вимогою Страховика Страхувальником медичного обстеження у закладах охорони здоров'я або у відповідного медичного спеціаліста (лікаря), визначених Страховиком;
- 9) інші документи, пов'язані із страховим випадком або необхідні для здійснення страхової виплати, за письмовою вимогою Страховика.
- 16.2. Якщо Страхувальник не може у зв'язку зі станом здоров'я здійснити заходи та надати документи, що передбачені пунктом 16.1 Договору, то їх повинна виконати та надати особа, що є законним представником Страхувальника (спадкоємцем) або інша його довірена особа.
- 16.3. При настанні страхового випадку за межами України всі документи, складені іноземною мовою, надаються з офіційним перекладом на державну мову України, а також мають бути нотаріально посвідчені та/або легалізовані (апостильовані) відповідно до законодавства України. Документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надаються Страховику у формі оригінальних примірників або нотаріально засвідчених копій, або простих копій, за умови надання Страховику можливості звірки цих копій з оригінальними примірниками. У випадках, прямо передбачених Договором, документи подаються виключно в оригінальних примірниках. Будь-які витрати на отримання документів, перелік яких наведено у п. 16.1 Договору, несе Страхувальник (Вигодонабувач) чи інша особа, що має право на отримання страхової виплати.
- 16.3.1. Документи, які подаються на підтвердження страхового випадку Критичне захворювання, мають містити обов'язкову інформацію щодо даних Страхувальника (ПІБ, дата народження) та дату складання таких документів - як невід'ємну частину таких документів (містяться у тексті таких документів), зокрема:
- результати інструментальних чи інших досліджень (ЕКГ, рентгенівські знімки, томографічні знімки чи інші подібні документи чи зображення, зроблені за допомогою медичних приладів чи обладнання) мають дати можливість встановити їх приналежність до Страхувальника (наприклад: містити інформацію щодо даних Страхувальника (ПІБ, дата народження) та дати їх створення у спосіб, що не дозволяє їх змінити);
  - інші медичні документи, в т.ч. висновки лікарів або результати лабораторних досліджень, мають містити дані Страхувальника (ПІБ, дата народження) та дати їх створення у спосіб, що не дозволяє змінити такі дані (наприклад: не написані олівцем).
- 16.4. Документи, зазначені в п. 16.1 Договору, подаються Страховику не пізніше 90 (дев'яноста) календарних днів з дати настання страхового випадку. Якщо ці документи видаються відповідними компетентними органами та не можуть бути надані в зазначений вище строк, то такі документи надаються Страховику окремо, не пізніше 2 (двох) робочих днів з дня їх отримання.
- 16.5. У відношенні до кожного страхового випадку за згодою Страховика може бути передбачена заміна переліку всіх або частини документів, що підтверджують настання страхового випадку в залежності від конкретних обставин страхового випадку. Страховик має право звільнити Страхувальника від обов'язку надавати частину документів із відповідного переліку документів, вказаного в п. 16.1 Договору, чи вимагати надати інші документи, що не передбачені таким переліком, але які містять інформацію про причини та/або обставини страхового випадку та необхідні для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати.
- 16.6. Обов'язок надання документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку, покладається на Страхувальника (Вигодонабувача) або іншу особу, що матиме право на отримання страхової виплати.

## 17. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ТА СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ:

- 17.1. Страхова виплата здійснюється згідно з умовами Договору Страхувальнику (Вигодонабувачу) на підставі документів, передбачених п. 16 Договору, та страхового акту, який складається Страховиком у формі, що визначається Страховиком.
- 17.2. На умовах Договору страхова виплата здійснюється з урахуванням наступних умов:
- 17.2.1. При настанні страхового випадку, передбаченого п. 6.1 Договору, страхова виплата здійснюється одноразово:
- 17.2.1.1. У випадку смерті або первинного встановлення I групи інвалідності - у розмірі страхової суми, яка зазначена у п. 7.1 Договору по такому страховому випадку;
- 17.2.1.2. У випадку первинного встановлення II групи інвалідності - у розмірі 80 (вісімдесяти) відсотків від страхової суми, яка зазначена у п. 7.1 Договору по такому страховому випадку.
- 17.2.2. При настанні страхового випадку, передбаченого п. 6.2 Договору, страхова виплата здійснюється в розмірі ліміту страхової виплати за 1 (один) день Госпіталізації, що вказаний в п. 7.3 Договору по даному страховому випадку, - за кожний календарний день безперервного перебування Страхувальника в стаціонарній лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) внаслідок нещасного випадку або хвороби. При цьому:
- а) Обов'язковою умовою для здійснення виплати по страховому випадку Госпіталізація є документальне підтвердження безперервного перебування Страхувальника в стаціонарній лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) внаслідок нещасного випадку або хвороби;
  - б) Розмір виплати за кожний календарний день безперервного перебування Страхувальника в стаціонарній лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) внаслідок нещасного випадку або хвороби по страховому випадку Госпіталізація в будь-якому разі не може перевищувати розмір ліміту страхової виплати за 1 (один) день Госпіталізації, що вказаний в п. 7.3 Договору по даному страховому випадку;
  - в) Страхова виплата в будь-якому разі не здійснюється за перші 3 (три) календарних дні перебування в стаціонарній лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) внаслідок нещасного випадку або хвороби, а також у випадках перебування Страхувальника на денному стаціонарі;
  - г) Ліміт по максимальній кількості щоденних виплат по страховому випадку Госпіталізація: в цілому, за весь час дії Договору, не більше, ніж за 5 (п'ять) календарних днів безперервного перебування Страхувальника в стаціонарній лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) внаслідок нещасного випадку або хвороби, що підтверджено документально;
  - ґ) Загальна сума всіх страхових виплат за весь час дії Договору по страховому випадку Госпіталізація в будь-якому разі не може бути більша за страхову суму, встановлену в п. 7.1 Договору для даного страхового випадку.

17.2.3. При настанні страхового випадку, передбаченого п. 6.3 Договору, страхова виплата здійснюється одноразово в сумі, що визначається з урахуванням наступних умов:  
17.2.3.1. По одному страховому випадку страхова виплата здійснюється в межах наступних лімітів страхової виплати по страховому випадку Переломи та інші травми залежно від отриманого Страхувальником травматичного ушкодження згідно наступної таблиці:

Тип травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати у відсотках від суми ліміту страхової виплати по одному страховому випадку «Переломи та інші травми», що вказаний в п. 7.3 Договору
<b>Частина 1. Переломи (травматична ампутація)</b>	
Плече (перелом однієї або кількох кісток одночасно): ключиця, лопатка	100%
Рука (перелом однієї або кількох кісток одночасно): плечова кістка, передпліччя (лікоть, променева кістка), кістки ліктьового суглобу	100%
Нога (перелом однієї або кількох кісток одночасно): стегнова кістка, колінна чашка, гомілка (велика та мала гомілкової кістки), кістки гомілковостопного суглобу	100%
Фаланга пальця руки (перелом або травматична ампутація однієї або кількох фаланг одночасно)	30%
Фаланга пальця ноги (перелом або травматична ампутація однієї або кількох фаланг одночасно)	50%
Кисть (перелом однієї кістки): зап'ястя, п'ястя, за виключенням фаланг пальців руки	40%
Стопа (перелом однієї кістки): передплесно, плесно, за виключенням фаланг пальців ноги	60%
Кисть/Стопа (перелом двох та більше кісток одночасно): передплесно, плесно та/або зап'ястя, п'ястя, за виключенням фаланг пальців рук або ніг	80%
Великий або указівний палець руки або великий палець ноги (повна травматична ампутація одного пальця)	80%
Палець руки або ноги, за виключенням великого або указівного пальця руки або великого пальця ноги (повна травматична ампутація одного пальця)	70%
Палець руки або ноги (повна травматична ампутація двох та більше пальців одночасно) Кисть/Стопа (повна травматична ампутація двох та більше пальців одночасно): передплесно, плесно та/або зап'ястя, п'ястя, за виключенням фаланг пальців рук або ніг	100%
<b>Частина 2. Інші травматичні ушкодження</b>	
Ушкодження головного мозку, або Вивих суглобу, або Хімічний чи термічний опік (крім обмороження) поверхні тіла другого ступеню	50%
Розтягнення зв'язок другого ступеню тяжкості або Хімічний чи термічному опік (крім обмороження) поверхні тіла третього ступеню	70%
Розтягнення зв'язок третього ступеню тяжкості або Хімічний чи термічний опік (крім обмороження) поверхні тіла четвертого ступеню	100%

17.2.3.2. Тимчасова непрацездатність внаслідок нещасного випадку, що призвів до перелому (травматичної ампутації) кількох кісток одночасно та/або до кількох травматичних ушкоджень, передбачених Частиною 2 таблиці згідно умов п. 17.2.3.1 Договору, вважається одним страховим випадком. При одночасному отриманні переломів (травматичних ампутацій) та/або травматичних ушкоджень, передбачених Частиною 2 таблиці згідно умов п. 17.2.3.1 Договору, страхова виплата не може перевищувати 100% (ста відсотків) від розміру ліміту страхової виплати по одному страховому випадку, що вказаний в п. 7.3 Договору по даному страховому випадку, та в будь-якому випадку здійснюється в межах страхової суми, яка зазначена у п. 7.1 Договору по такому страховому випадку.

17.2.3.3. По страховому випадку Переломи та інші травми за весь час дії Договору може бути заявлено Страхувальником та здійснено Страхувальником страхову виплату не більше ніж по 2 (двом) заявленим Страхувальником та визаним Страхувальником страховим випадкам.

17.2.3.4. Загальна сума всіх страхових виплат по страховому випадку Переломи та інші травми в будь-якому разі не може бути більша за страхову суму, зазначену в п. 7.1 Договору по даному страховому випадку.

17.2.4. При настанні страхового випадку, передбаченого п. 6.4 Договору, страхова виплата здійснюється одноразово в сумі, що визначається з урахуванням наступних умов:  
а) у разі, якщо Страхувальник безперервно знаходився на лікуванні внаслідок нещасного випадку або хвороби 11 (одинадцять) календарних днів або більше з дня початку лікування внаслідок нещасного випадку або хвороби (за умови документального підтвердження безперервного лікування листком непрацездатності або довідкою із закладу охорони здоров'я (для непрацюючих)), – в розмірі одного ліміту страхової виплати, що вказаний в п. 7.3 Договору по даному страховому випадку, та в будь-якому випадку в межах страхової суми, яка зазначена у п. 7.1 Договору по страховому випадку Тимчасова непрацездатність.

17.2.4.1. Страхова виплата по страховому випадку Тимчасова непрацездатність не здійснюється при безперервному знаходженні на лікуванні внаслідок нещасного випадку або хвороби 10 (десять) календарних днів або менше.

17.2.4.2. Страховий захист по страховому випадку Тимчасова непрацездатність не діє та страхова виплата за даним страховим випадком не здійснюється, якщо знаходження Страхувальника на лікуванні внаслідок нещасного випадку або хвороби відбулось протягом перших 3 (трьох) календарних днів з дати вступу в дію Договору.

17.2.4.3. По страховому випадку Тимчасова непрацездатність за весь час дії Договору може бути заявлено Страхувальником та здійснено Страхувальником страхову виплату не більше ніж по 1 (одному) заявленому Страхувальником та визаному Страхувальником страховому випадку.

17.2.4.4. Загальна сума всіх страхових виплат за весь час дії Договору по страховому випадку Тимчасова непрацездатність в будь-якому разі не може бути більша за страхову суму, встановлену в п. 7.1 Договору для даного страхового випадку.

17.2.4.5. Обов'язковою умовою для здійснення виплати по страховому випадку Тимчасова непрацездатність є документальне підтвердження факту безперервного знаходження Страхувальника на лікуванні внаслідок нещасного випадку або хвороби.

17.2.5. При настанні страхового випадку, передбаченого п. 6.5 Договору, страхова виплата здійснюється одноразово – у розмірі страхової суми, яка зазначена у п. 7.1 Договору по даному страховому випадку.

17.3. Згідно умов Договору при настанні нещасного випадку, який призвів до настання різних страхових випадків, які покриваються Договором, страхова виплата здійснюється по кожному відповідному страховому випадку лише при наявності причинно-наслідкових зв'язків між одним нещасним випадком та настанням відповідних страхових випадків, які покриваються Договором. Згідно умов Договору при захворюванні Страхувальника на хворобу, що призвело до настання різних страхових випадків, які покриваються Договором, страхова виплата здійснюється по кожному відповідному страховому випадку лише при наявності причинно-наслідкових зв'язків між такою хворобою та настанням відповідних страхових випадків, які покриваються Договором.

17.4. Страхувальник приймає рішення про здійснення страхової виплати протягом 45 (сорока п'яти) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів, передбачених п. 16 Договору (з урахуванням умов пп. 3 п. 14.2 Договору). Рішення Страхувальника оформлюється страховим актом.

17.5. У разі прийняття Страхувальником рішення про здійснення страхової виплати, страхова виплата здійснюється Страхувальнику (Вигодонабувачу) протягом 10 (десяти) календарних днів з дня прийняття такого рішення Страхувальником (складання страхового акту).

17.6. Виплата страхового відшкодування здійснюється виключно у безготівковій формі. Виплата страхового відшкодування здійснюється виключно в національній валюті України.

## 18. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ ТА СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ:

18.1. Підставою для відмови Страхувальника у здійсненні страхових виплат є:

18.1.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

18.1.2. Вчинення Страхувальником-фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

18.1.3. Подання Страхувальником (його представником) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку (в т.ч. подання таких відомостей особою, що заявляє про своє право на отримання страхової виплати), а також неповної або неправдивої інформації про обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику (в т.ч. передбачені п. 11 Договору), або ненадання відомостей про зміну ступеню ризику (пп. 2 п. 14.3 Договору та/або умов, вказаних у п. 11 Договору);

18.1.4. Настання події з особою, яка не є Застрахованою особою відповідно до п. 3 Договору, а також, якщо вік Страхувальника на момент настання страхових випадків, передбачених п. 6.1-6.4 Договору, складає 71 або більше років, або якщо вік Страхувальника на момент настання страхового випадку, передбаченого п. 6.5 Договору, складає 66 або більше років;

18.1.5. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (його представником) або іншою особою, на користь якої укладено Договір, про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страхувальнику перешкод у визначенні обставин, характеру настання страхового випадку та розміру виплат;

18.1.6. Встановлення факту, що вимога про здійснення страхової виплати ґрунтується на події, прямою або опосередкованою причиною настання якої було будь-що з наступного:

1) будь-які стани і нещасні випадки, в тому числі дорожньо-транспортні пригоди (ДТП), переломи (ампутації, в т.ч. травматичні) чи інші травматичні ушкодження (в т.ч. ушкодження головного мозку; хімічні або термічні опіки поверхні тіла; вивихи суглобів; розтягненні зв'язки), що мали місце до початку дії Договору (включаючи їх наслідки, рецидиви), а також будь-які травми – вивихи суглобів, які не потребують проведення медичної маніпуляції при вивиху суглобів – накладання ортопедичної фіксувальної пов'язки або гіпсу;

- 2) громадські чи інші масові заворушення, революція, повстання, страйк, путч, терористичний акт або будь-які дії терористів, будь-які військові дії або заходи, в т.ч. проведення будь-яких миротворчих, антитерористичних заходів або операцій, надзвичайна ситуація, надзвичайний стан, оголошений органами влади, війна або будь-яка подія, викликана війною (оголошеною або неоголошеною);
  - 3) радіоактивні, токсичні, вибухові або інші небезпечні властивості будь-якої вибухової ядерної установки або ядерного компоненту, іонізуюча радіація, радіоактивне забруднення тощо;
  - 4) самогубство, спроба самогубства або наслідки спроби самогубства Страхувальника;
  - 5) споживання алкоголю або прийом наркотичних чи психотропних речовин або їх аналогів, за винятком тих, що приймалися за призначенням або під наглядом кваліфікованого медичного працівника; або керування транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або під дією лікарських засобів, що обмежують можливість керування транспортним засобом; або керування транспортним засобом без дійсного посвідчення водія відповідної категорії; або передача управління транспортним засобом особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або під дією лікарських засобів, що обмежують можливість керування транспортним засобом, або особи, що не має дійсного посвідчення водія відповідної категорії;
  - 6) намісне спричинення Страхувальником собі тілесних ушкоджень, в т.ч. внаслідок необережного поводження зі зброєю, незалежно від психічного стану;
  - 7) скоєння Страхувальником протиправних дій або участь Страхувальника у протиправних діях;
  - 8) зайняття небезпечними видами спорту, будь-яка робота або тренування в якості професійного спортсмена;
  - 9) зайняття небезпечними видами діяльності (в тому числі робота в якості аквалангіста, шахтаря, верхолаза, виконавця трюків або з використанням вибухових речовин, вогнепальної зброї при виконанні службових обов'язків, а також зайняття іншою діяльністю, пов'язаною із підвищеною небезпекою відповідно до переліку, визначеного чинним законодавством України);
  - 10) грубе порушення Страхувальником правил техніки безпеки, правил пожежної безпеки, правил дорожнього руху;
  - 11) служба в армії або участь у військових операціях чи діях;
  - 12) хірургічні операції чи будь-які медичні маніпуляції (процедури), проведені без ліцензії на здійснення медичної практики;
  - 13) психічний або нервовий розлад або будь-який стан психічно-невропатичного походження, їх наслідки;
  - 14) неповідомлення про дорожньо-транспортну пригоду до відповідних компетентних органів МВС України;
  - 15) участі в будь-яких авіапольотах (за винятком польоту в якості пасажера за плату літаком, що здійснює пасажирські авіаперевезення, належно допущеним до виконання польоту);
- 18.1.7. При настанні страхового випадку Госпіталізація (п. 6.2 Договору) або страхового випадку Тимчасова неприцездатність (п. 6.4 Договору) додатково до умов пп. 18.1.6 Договору страхова виплата не здійснюється, якщо вимога про здійснення страхової виплати ґрунтується на події, прямою або опосередкованою причиною настання якої було будь-що з наступного:**
- 1) хвороби (захворювання) Страхувальника, діагностовані до дати набрання чинності Договору, або загострення (ускладнення) хронічної хвороби, на яку Страхувальник був хворий на момент укладання Договору – за умови, якщо подія, яка заявлена Страховиком як страховий випадок, сталася упродовж першого місяця дії Договору;
  - 2) онкологічної хвороби чи будь-які злоякісні новоутворення (рак), що мали місце (діагностовано) до початку дії Договору (включаючи їх наслідки, рецидиви);
  - 3) будь-який стан, хвороба (захворювання), що прямо або опосередковано пов'язані із синдромом набутого імунodefіциту (СНІД) або вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), якщо відповідний діагноз був встановлений до дати вступу в дію Договору;
  - 4) проведення стерилізації, штучного запліднення, діагностування та лікування безпліддя; вагітність, пологи (в тому числі передчасні), викидень, догляд за дитиною, санаторно-курортне лікування;
  - 5) планові хірургічні втручання або будь-яка косметична хірургія (в т.ч. будь-які косметичні процедури чи операції, пластичні операції);
  - 6) вроджені вади; хвороби (захворювання), які пов'язані з епідеміями та потребують введення карантину;
  - 7) природні небезпеки (стихийні лиха, дія стихійних або інших природних явищ);
  - 8) перебування Страхувальника в стаціонарі лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) внаслідок гострої респіраторно вірусної хвороби (ГРВІ) (по страховому випадку Госпіталізація);
  - 9) безперервне перебування Страхувальника в стаціонарі лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) 3 (три) або менше календарних днів (по страховому випадку Госпіталізація);
  - 10) перебування Страхувальника в денному стаціонарі (по страховому випадку Госпіталізація);
  - 11) безперервне перебування на лікуванні внаслідок нещасного випадку або хвороби 10 (десять) або менше календарних днів поспіль або якщо таке перебування на лікуванні не буде підтверджено документально згідно вимог Договору (по страховому випадку Тимчасова неприцездатність);
- 18.1.8. При настанні страхового випадку Переломи та інші травми (п. 6.3 Договору) додатково до умов пп. 18.1.6 Договору страхова виплата не здійснюється, якщо вимога про здійснення страхової виплати ґрунтується на події, прямою або опосередкованою причиною настання якої було будь-що з наступного:**
- 1) вроджені вади, переломи внаслідок патологічних станів чи процесів;
  - 2) вивих хребта (вивих хребця), хімічний або термічний опік поверхні тіла першого ступеню, розтягнення зв'язок першого ступеню тяжкості;
  - 3) настання травматичних ушкоджень, які не передбачені умовами п. 6.3 Договору;
  - 4) здійснення Страховиком страхових виплат по двом заявленим Страхувальником та визнаним Страховиком страховим випадкам Переломи та інші травми за весь час дії Договору;
- 18.1.9. При настанні страхового випадку Критичне захворювання (п. 6.5 Договору) додатково до умов пп. 18.1.6 Договору страхова виплата не здійснюється, якщо вимога про здійснення страхової виплати ґрунтується на події, прямою або опосередкованою причиною настання якої було будь-що з наступного:**
- 1) будь-які стани (в т.ч. медичні), нещасні випадки, хвороби, що були діагностовані (встановлені діагнози) та/або мали місце до початку дії Договору (включаючи їх наслідки, рецидиви або ускладнення), або по яких Страхувальник отримував консультації лікарів, лікування або консультування від лікарів до дати початку дії Договору;
  - 2) будь-який стан, хвороба (захворювання), що прямо або опосередковано пов'язані із синдромом набутого імунodefіциту (СНІД) або вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ);
  - 3) планові хірургічні втручання або будь-яка косметична хірургія (в т.ч. будь-які косметичні процедури чи операції, пластичні операції), крім випадків, коли косметична хірургія рекомендована лікарем у медичних цілях після нещасного випадку, а також хвороби (захворювання), що є наслідком таких процедур чи операцій, та ускладнення, пов'язані з таким втручанням, процедурами або операціями;
  - 4) проведення стерилізації, штучного запліднення, діагностування та лікування безпліддя; контрацепція, аборти (крім випадків, коли аборт рекомендовано лікарем у медичних цілях); вагітність, пологи (в тому числі передчасні), викидень;
  - 5) вроджені вади (хвороби, стани, патологічні процеси й т.п.); природні небезпеки (стихийні лиха, дія стихійних або інших природних явищ); хвороби (захворювання), які пов'язані з епідеміями та потребують введення карантину;
  - 6) всі винятки або обмеження, вказані або передбачені у визначеннях Критичного захворювання згідно умов п. 12 Договору;
  - 7) будь-які медичні обстеження чи процедури (маніпуляції);
  - 8) необґрунтована відмова Страхувальника від призначень лікаря або невиконання ним призначень лікаря;
  - 9) діагностування (встановлення) у Страхувальника Критичного захворювання профільним медичним спеціалістом (не лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я), який вказаний у пп. 12.1.3 п. 12.1 Договору;
  - 10) смерть Страхувальника упродовж 30 (тридцяти) календарних днів від дати першого діагностування у Страхувальника заявленого Критичного захворювання (встановлення та підтвердження діагнозу такого захворювання) профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я);
  - 11) хвороби (захворювання) або стани, що були діагностовані у Страхувальника до набрання чинності Договором та які стали безпосередньою причиною відповідного Критичного захворювання, а саме:
    - а) хронічні та вроджені хвороби (захворювання) або стани, що передували Злоякісному новоутворенню (раку), зокрема: будь-які злоякісні або передракові утворення;
    - б) хронічні та вроджені хвороби (захворювання) або стани, що передували Інсульту, Інфаркту міокарду, Хірургії коронарних артерій зворотним методом (аортно-коронарне шунтування), зокрема: гіпертонія третього ступеню або четвертого ступеню, гемофілія, легенева емболія, емболія будь-яких крупних судин, атеросклероз, вроджені пороки серця, цукровий діабет, ожиріння;
    - в) хронічні та вроджені хвороби (захворювання) або стани, що передували Пересадці життєво важливих органів;
    - г) хронічні хвороби (захворювання) серцево-судинної системи, зокрема: гіпертонія третього ступеню або четвертого ступеню, атеросклероз гемофілія, легенева емболія, емболія будь-яких крупних судин, будь-які вроджені та генетичні хвороби серцево-судинної системи;
    - д) хронічні хвороби (захворювання) дихальної системи, зокрема: туберкульоз, хронічне обструктивне захворювання легень, емфізематозні порушення легень та будь-які вроджені та генетичні хвороби дихальної системи;
    - е) хронічні хвороби (захворювання) печінки (гепатит В або С, цироз печінки), хронічна ниркова недостатність, уремія, цукровий діабет, будь-які злоякісні новоутворення, будь-які вроджені та генетичні хвороби печінки, нирок.
  - 12) хвороби (захворювання) або стани, які не підпадають під визначення Критичних захворювань згідно з Договором;

18.2. Відповідальність Страховика за Договором не поширюється на території чи зони військового конфлікту, території проведення антитерористичних операцій, а також на території/держави щодо яких застосовані заходи миротворчого характеру по мандату Організації Об'єднаних Націй (ООН) або на тимчасово окуповані території. Події, які сталися під час перебування Страхувальника на зазначених територіях (включаючи смерть або інвалідність, госпіталізацію, переломи чи інші травми, тимчасову непрацездатність внаслідок нещасного випадку чи хвороби тощо), не визнаються страховими випадками за Договором та страхові виплати за ними не здійснюються.

18.3. Страховик приймає рішення про відмову у здійсненні страхової виплати протягом 45 (сорока п'яти) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів, передбачених п. 16 Договору, та повідомляє про прийняте рішення Вигодонабувача (його спадкоємця) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) календарних днів з дня прийняття такого рішення Страховиком.

#### 19. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ:

19.1. Зміна умов Договору здійснюються виключно за взаємною письмовою згодою Страхувальника та Страховика шляхом укладання письмової додаткової угоди до Договору.

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

- закінчення строку дії Договору;
- виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки та розміри;
- смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;
- ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;
- в інших випадках, передбачених законодавством України.

19.3. Дія Договору припиняється з моменту досягнення Страхувальником граничного віку – 71 (сімдесят один) рік від дати народження.

19.4. Дія Договору може бути достроково припинена за письмовою вимогою Страхувальника або Страховика з будь-яких підстав.

19.4.1. Про намір достроково припинити дію Договору Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика в письмовій формі (рекомендованим листом з повідомленням про вручення) не пізніше ніж за 10 (десять) календарних днів до дати припинення дії Договору. В такому випадку дія Договору вважається припиненою з дати отримання Страховиком письмового повідомлення від Страхувальника, яке відправлене поштою, рекомендованим листом з повідомленням про вручення.

19.4.1.1. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому частину страхового платежу за період з дати отримання Страховиком письмового повідомлення від Страхувальника до дати закінчення строку дії Договору, за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 40% від страхового платежу та фактичних страхових виплат, що були здійсненні за Договором. Якщо вимога Страхувальника зумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то Страхувальнику повертається сплачений ним страховий платіж повністю.

19.4.2. Про намір достроково припинити дію Договору Страховик зобов'язаний повідомити Страхувальника в письмовій формі (рекомендованим листом з повідомленням про вручення) не пізніше ніж за 10 (десять) календарних днів до дати припинення дії Договору. При цьому дія Договору вважається припиненою через 10 (десять) календарних днів з дати відправлення Страховиком письмового повідомлення про дострокове припинення Договору Страхувальнику. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається сплачений ним страховий платіж повністю.

19.4.2.1. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику частину страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії Договору, за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 40% від страхового платежу та фактичних страхових виплат, що були здійсненні за Договором.

#### 20. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН:

20.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

20.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати пені в розмірі 0,01% від суми простроченого зобов'язання за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла у період, за який сплачується пеня.

#### 21. ІНШІ УМОВИ:

21.1. Договором не передбачається відшкодування витрат, понесених Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків.

21.2. З питань, які не врегульовані Договором, Сторони керуються положеннями законодавства України та Правилами.

21.3. У випадку розбіжностей між положеннями Договору та Правил перевага надається положенням Договору.

21.4. У випадках, передбачених Податковим кодексом України, Страховик утримує з суми страхової виплати податок на доходи фізичних осіб, використовуючи ставку податку, визначену Податковим Кодексом України.

21.5. Недійсність окремої частини Договору не тягне за собою недійсність інших частин Договору, а також Договору в цілому, оскільки Сторони допускають, що Договір міг бути укладений і без включення в нього такої частини.

21.6. Страхувальник надає згоду на безстрокову обробку та інше використання персональних даних Страхувальника та Вигодонабувача (включаючи дані, що стосуються здоров'я) Страховиком з метою провадження ним своєї страхової діяльності. Обробка персональних даних може здійснюватися також іншими особами, яким Страховик надав таке право. Страхувальник підтверджує свої повноваження передавати Страховику інформацію про Застраховану особу та Вигодонабувача. Страхувальник підтверджує, що повідомлений про свої права згідно з Законом України «Про захист персональних даних», про мету збору даних та про осіб, яким передаються його персональні дані.

21.7. Відповідно до вимог статті 31 закону України «Про страхування» Страховик розподіляє страховий платіж, вказаний у п. 7.5 Договору по страховому випадку Госпіталізація, з метою формування технічних резервів незароблених премій за видами страхування наступним чином: а) по добровільному страхуванню від нещасних випадків – 18,09% від такого страхового платежу; б) по добровільному страхуванню здоров'я на випадок хвороби – 81,91% від такого страхового платежу. Відповідно до вимог статті 31 закону України «Про страхування» Страховик розподіляє страховий платіж, вказаний у п. 7.5 Договору по страховому випадку Тимчасова непрацездатність, з метою формування технічних резервів незароблених премій за видами страхування наступним чином: а) по добровільному страхуванню від нещасних випадків – 12,87% від такого страхового платежу; б) по добровільному страхуванню здоров'я на випадок хвороби – 87,13% від такого страхового платежу.

#### 22. ПІДПИС СТРАХОВИКА:


Приватне АТ «СК «Кардіф», від імені якого діє, на підставі укладеного Договору доручення № 1 від 20 лютого 2007 року, страховий агент, а саме: Публічне акціонерне товариство «УкрСиббанк», в особі Лежніна Костянтина Петровича, який діє на підставі Статуту.  
Адреса Страхового агента: 61001, Україна, м. Харків, пр. Московський, 60; код банку (МФО): 351005, Ідентифікаційний код: 09807750. Адреса та реквізити Страховика визначені у п. 1 Договору.

м. Київ

Заступник Голови Правління

Лежнін К.П.



	<b>Додаток № 1 до Договору добровільного страхування від нещасних випадків та здоров'я на випадок хвороби (договір приєднання)</b> <b>Програма страхування «ОБЕРІГ»</b>	<b>ОФЕРТА № 01/36 від 31.08.2015</b>
---	--	--------------------------------------

	<b>ЗАЯВА-ПРИЄДНАННЯ (АКЦЕПТ) № – 01/36/_____/_____</b> <b>до договору добровільного страхування від нещасних випадків та здоров'я на випадок хвороби (договір приєднання) [ОФЕРТА № 01/36 від 31.08.2015]</b>
	

М. \_\_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_

Підписанням цієї Заяви-приєднання до договору добровільного страхування від нещасних випадків та здоров'я на випадок хвороби (договору приєднання) [оферта № 01/36 від 31.08.2015] (далі – Заява-приєднання) Страховальник приймає в цілому всі умови Договору добровільного страхування від нещасних випадків та здоров'я на випадок хвороби (договору приєднання) [оферта № 01/36 від 31.08.2015] (далі – Договор) та відповідно до умов статей 634, 638 Цивільного кодексу України приєднується до Договору шляхом підписання цієї Заяви-приєднання. Підписанням цієї Заяви-приєднання Страховальник підтверджує прийняття (акцепт) повністю та безумовно в розумінні статті 642 Цивільного кодексу України пропозиції Страховика укласти Договір на умовах, вказаних у цій Заяві-приєднанні та Договорі, а також виражає своє волевиявлення укласти Договір. Заява-приєднання є невід'ємною частиною Договору.

**1. СТРАХОВИК – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КАРДІФ» (ПРИВАТНЕ АТ «СК «КАРДІФ»):**  
в особі Генерального директора Романенка Олега Олександровича, який діє на підставі Статуту, Ліцензії АВ № 520999 від 11.02.2010 р., Ліцензії АВ 520997 від 11.02.2010 р., Правил добровільного страхування від нещасних випадків (нова редакція), зареєстрованих 25.10.2010 р. (зі змінами), та Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (нова редакція), зареєстрованих 25.10.2010 р. (зі змінами) (надалі разом – Правила), від імені якого діє на підставі укладеного Договору доручення № 1 від 20 лютого 2007 року страховий агент, а саме Публічне акціонерне товариство «УкрСиббанк» в особі Заступника Голови правління Лежніна Костянтина Петровича, який діє на підставі Статуту.  
**Адреса Приватного АТ «СК «Кардіф»:** 04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8, тел. 0-800-505-705, (044) 428-61-61, факс (044) 537-42-11.  
**Банківські реквізити Приватного АТ «СК «Кардіф»:** п/р 26504013656300 в АТ «УкрСиббанк», МФО 351005, Ідентифікаційний код 34538696.

**2. СТРАХУВАЛЬНИК:**

<b>ПІБ:</b> _____	<b>Дата народження:</b> _____
<b>Адреса:</b> _____	<b>Телефон:</b> _____

**3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА.** Застрахованою особою за Договором є Страховальник виключно до досягнення ним 70 років включно (по страховим випадкам, передбаченим п. 6.1-6.4 Заяви-приєднання) або до досягнення ним 65 років включно (по страховому випадку, передбаченому п. 6.5 Заяви-приєднання) (по тексту Заяви-приєднання – Страховальник).

**4. ВИГОДОНАБУВАЧ.** Вигодонабувачем за Договором є Страховальник, а у випадку неможливості отримання ним страхової виплати внаслідок його смерті або визнання його недієздатним у встановленому законодавством порядку, вигодонабувачем признається:

\_\_\_\_\_, **року народження, адреса:** \_\_\_\_\_, **тел.** \_\_\_\_\_.

**5. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ.** Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Страховальника.

**6. СТРАХОВІ ВИПАДКИ.** По Договору надається страховий захист по наступним страховим випадкам (з урахуванням умов п. 10 Заяви-приєднання, п. 10, 18 Договору), що сталася із Страховальником під час дії Договору та підтверджені документами, виданими уповноваженими органами та відповідними закладами охорони здоров'я у встановленому законом порядку, та виключно за умови, якщо такі події позначені позначкою «Так» у п. 6.6 Заяви-приєднання:

**6.6. Надання страхового захисту за Договором (Так/Ні):**

**6.1. Смерть або постійна непрацездатність** – постійна непрацездатність Страховальника (первинне встановлення I або II групи інвалідності) внаслідок нещасного випадку або смерті Страховальника внаслідок нещасного випадку.

**6.2. Госпіталізація** – безперервне перебування Страховальника в стаціонарі (крім денного стаціонару) лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) внаслідок нещасного випадку або хвороби не менше 4 (чотирьох) календарних днів поспіль, що підтверджено документально. При цьому страховий захист по страховому випадку Госпіталізація не розповсюджується на перебування Страховальника у денному стаціонарі, а також на перебування Страховальника в стаціонарі лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) внаслідок гострої респіраторно вірусної хвороби (ГРВІ).

**6.3. Переломи та інші травми** – тимчасова непрацездатність Страховальника внаслідок нещасного випадку при наступних травматичних ушкодженнях:  
а) переломи або травматичній ампутації кісток плеча, рук та ніг, а саме: кісток плеча: ключиця, лопатка; кісток руки: плечова кістка, передпліччя (лікоть, променева кістка), кістки ліктьового суглобу; кісток кисті: зап'ястя, п'ясть, фаланги пальців руки; кісток ноги: стегнова кістка, колінна чашка, гомілка (велика та мала гомілкові кістки), кістки гомілковостопного суглобу; кістки стопи: передплесно, плесно, фаланги пальців ноги;  
б) ушкодження головного мозку (за умови отримання листка непрацездатності або довідки закладу охорони здоров'я (для непрацюючих));  
в) хімічному або термічному опіку (крім обмороження) поверхні тіла другого, третього або четвертого ступеню (за умови отримання листка непрацездатності або довідки закладу охорони здоров'я (для непрацюючих));  
г) вивиху суглобу внаслідок травми (за умови накладання ортопедичної фіксуючої пов'язки або гіпсу, що має бути документально підтверджено);  
г) розтягнення зв'язок другого або третього ступеню тяжкості.

**6.4. Тимчасова непрацездатність** – безперервне перебування Страховальника на лікуванні внаслідок нещасного випадку або хвороби не менше 11 (одинадцяти) календарних днів поспіль, що підтверджено документально (листком непрацездатності або довідкою закладу охорони здоров'я (для непрацюючих)).

**6.5. Критичне захворювання** – встановлення у Страховальника первинного діагнозу наступного захворювання: **Злоякісне новоутворення (рак)**, або **Інсульт**, або **Інфаркт міокарду**, або **Хірургія коронарних артерій зворотним методом (аортно-коронарне шунтування)**, або **Ниркова недостатність**, або **Пересадка життєво важливих органів**, або **Параліч**, за умови, що Страховальник після 30 (тридцяти) календарних днів від дати встановлення первинного діагнозу такого захворювання продовжує лікування цього захворювання або якщо протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати встановлення первинного діагнозу такого захворювання не констатовано смерть Страховальника. Визначення кожного із вищевказаних Критичних захворювань наведено у п.12 Заяви-приєднання, п. 12 Договору.

**7. СТРАХОВА СУМА, ЛІМІТИ ВИПАТИ, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ** по кожному із страхових випадків, вказаних у п. 6.1-6.5 Заяви-приєднання, по яким надається страховий захист за Договором згідно умов п. 6.6 Заяви-приєднання, а саме:

7.1. Страхова сума, грн.:	7.2. Ліміти по максимальній кількості страхових випадків за весь час дії Договору:	7.3. Ліміти страхової виплати, грн.:	7.4. Страховий тариф, %:	7.5. Страховий платіж, грн.:
<b>Смерть або постійна непрацездатність</b>	1 страховий випадок	В межах страхової суми (з урахуванням умов п. 17 Договору)	_____	_____
<b>Госпіталізація</b>	Кількість страхових випадків не обмежена	Ліміт страхової виплати за 1 (один) день Госпіталізації: _____ грн. (з урахуванням умов п. 17 Договору)	_____	_____
<b>Переломи та інші травми</b>	2 страхові випадки	Ліміт страхової виплати по одному страховому випадку: _____ грн. (з урахуванням умов п. 17 Договору)	_____	_____
<b>Тимчасова непрацездатність</b>	1 страховий випадок	Ліміт страхової виплати: _____ грн. (з урахуванням умов п. 17 Договору)	_____	_____
<b>Критичне захворювання</b>	1 страховий випадок	В межах страхової суми (з урахуванням умов п. 17 Договору)	_____	_____

**7.6. Загальний страховий платіж за Договором, грн.:** \_\_\_\_\_

**8. СТРОК ТА УМОВИ СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ:**

**8.1. Загальний страховий платіж, вказаний у п. 7.6 Заяви-приєднання, сплачується Страховальником одноразово та в повному обсязі на користь Страховика до:** **ДД+3.ММ.РРРР** р.

**9. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ:** Договір діє 1 (один) рік з 00-00 годин **ДД+1.ММ.РРРР** р. по 24-00 годину **ДД.ММ.РРРР+1** р. з урахуванням умов п. 10 Заяви-приєднання, п. 10, 13 Договору.

**10. ПОЧАТОК ДІЇ СТРАХОВОГО ЗАХИСТУ:**  
По страховим випадкам, вказаним у п. 6.1-6.3 Заяви-приєднання, з дати вступу в дію Договору.  
По страховому випадку, вказаному у п. 6.4 Заяви-приєднання, з 4 (четвертого) календарного дня від дати вступу в дію Договору.  
По страховому випадку, вказаному у п. 6.5 Заяви-приєднання, з 91 (дев'яноста першого) календарного дня від дати вступу в дію Договору.

**11. ДЕКЛАРАЦІЯ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРО ДОБРИЙ СТАН ЗДОРОВ'Я (далі - Декларація):**

При страхуванні на випадок настання страхових випадків **Смерть або постійна непрацездатність, Госпіталізація, Переломи та інші травми, Тимчасова непрацездатність заявляю:** Я, Страховальник за Договором, повідомляю, що на момент підписання Заяви-приєднання та укладання Договору, я є повністю працездатним (не є інвалідом I, II, III групи); в мене не діагностовано та я не хворію на будь-які онкологічні (ракові) захворювання або захворювання, пов'язані із синдромом набутого імунodefіциту (СНІД) або вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ); я не перебував протягом останніх дванадцяти місяців на лікарняному (через хворобу або нещасний випадок) на період, більший ніж 30 послідовних днів,



<p>та, за виключенням профілактичного лікування, мій стан здоров'я не потребує регулярного контролю або лікування.</p> <p><b>При страхуванні на випадок настання страхового випадку Критичне захворювання додатково заявляю:</b> Я, Страхувальник за Договором, повідомляю, що на момент підписання Заяви-приєднання та укладання Договору, я є повністю працездатним (не є інвалідом I, II, III групи); не страждаю на хвороби серцево-судинної системи, неврологічні чи або психічні порушення, захворювання печінки (цироз, гепатит В, С та інші тяжкі захворювання), ВІЛ, хвороби ендокринної системи, захворювання крові, хронічні та обструктивні бронхо-легеневі захворювання; не перебував протягом останніх дванадцяти місяців на лікарняному (через хворобу або нещасний випадок) на період, більший ніж 30 послідовних днів, та, за виключенням профілактичного лікування, мій стан здоров'я не потребує регулярного контролю або лікування.</p> <p><b>Крім вищевказаного я заявляю, що:</b></p> <p>Я, підписуючи Заяви-приєднання та укладаючи Договір, підтверджую і не заперечую, що всі відомості, вказані у Декларації, є достовірними та є невід'ємною частиною Договору і, у разі неправдивості вищезазначеної інформації, Приватне АТ «СК «Кардіф» має право відмовити у здійсненні страхової виплати. Я, підписуючи Заяви-приєднання та укладаючи Договір, у разі настання страхового випадку надаю згоду на розкриття лікарської таємниці та дозволяю охороні лікарю (закладу охорони здоров'я), який володіє будь-якою медичною інформацією щодо стану мого здоров'я, надати її Приватному АТ «СК «Кардіф» та забезпечити Приватне АТ «СК «Кардіф» медичною інформацією щодо стану мого здоров'я для проведення процедур, передбачених Законом України «Про страхування» та Договором.</p>	
<p><b>12. ВИЗНАЧЕННЯ:</b></p> <p>12.1. На умовах Договору:</p> <p>12.1.1. Під нещасним випадком розуміється – раптова, випадкова, короточасна, незалежна від волі Страхувальника подія, що фактично відбулась і яка призвела до отримання Страхувальником травматичних ушкоджень та функціональних розладів здоров'я, настання непрацездатності або смерті (з урахуванням умов п. 18 Договору);</p> <p>12.1.2. Страховий захист – обов'язок Страховика здійснювати страхову виплату при настанні страхового випадку відповідно до Договору;</p> <p>12.1.3. Визначення по відповідних Критичних захворюваннях:</p> <p>1) <b>Злоякісне новоутворення (рак)</b> – це злоякісна пухлина, що характеризується поступовим, неконтрольованим зростанням і розповсюдженням злоякісних клітин, та наявністю інвазії та ураження нормальних та навколишніх тканин. <b>На умовах Договору:</b></p> <p>а) Позитивне діагностування злоякісного новоутворення (раку) здійснюється за допомогою гістопатологічного підтвердження. Діагностування (встановлення) у Страхувальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): онколог.</p> <p>б) Не визнається Злоякісним новоутворенням (раком):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- хвороба Ходжкіна та неходжкінські лімфоми 1-ї стадії (за класифікацією Ann Arbor);</li> <li>- лейкоз, окрім хронічного лімфолейкозу, за відсутності широкого проникнення ракових клітин у кровотворні тканини кісткового мозку;</li> <li>- пухлини, що відображають патологічні зміни у розвитку ракової пухлини на місці (включаючи дисплазію шийки матки CIN-1, CIN-2 та CIN-3), або які гістологічно описані як передракові;</li> <li>- всі форми раку шкіри, якщо відсутній доказ того, що метастази або пухлина є злоякісною меланомою, товщиною понад 1,5 мм, як визначено під час гістопатологічного дослідження за допомогою методу Бреслоу;</li> <li>- форми раку, що не загрожують життю, а саме форми раку простати, які гістологічно описані за системою TNM, класифікація T1(a) або T1(b), чи які класифікуються за іншою еквівалентною або нижчою категорією класифікації;</li> <li>- мікрокарцинома щитовидної залози;</li> <li>- м'язово-неінвазивний рак сечового міхура, який гістологічно описаний як рак стадії TaN0M0 або за нижчою категорією класифікації;</li> <li>- хронічний лімфолейкоз із стадією нижче I за Rai та A-I за Binet.</li> </ul> <p>2) <b>Інсульт</b> – означає настання захворювання внаслідок цереброваскулярних подій, яке має клінічні ознаки фокальних порушень мозкових функцій, що швидко розвиваються, які тривають більше 24 годин або призводять до смерті, і які не є наслідком іншої видимої причини, окрім причини судинного походження. <b>На умовах Договору:</b></p> <p>а) Діагностування (встановлення) у Страхувальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): невролог.</p> <p>б) Інсульт визнається страховим випадком за умови, що він призводить до неврологічних розладів, які спричиняють:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- постійну або необоротну нездатність Страхувальника пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних пристроїв або</li> <li>- постійну або необоротну нездатність Страхувальника самостійно їсти або</li> <li>- постійну або необоротну нездатність Страхувальника усно спілкуватися з оточенням або</li> <li>- постійну або необоротну відмову функції щонайменше однієї кінцівки, де кінцівка визначається як рука, включаючи кисть, або нога, включаючи ступню.</li> </ul> <p>в) Обов'язковою умовою для визнання Інсульту страховим випадком є наявність одного чи декількох із перерахованих вище станів після сплину 3 (трьох) місяців з дати настання Інсульту.</p> <p>г) Дані комп'ютерної, магнітно-резонансної томографії або аналогічних відповідних методів мають відображати:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- настання Інсульту та/або інфаркту головного мозку або внутрішньочерепний або субарахноїдальний крововилив.</li> </ul> <p>г) Не визнається як Інсульт: церебральні розлади, викликані мігренню, церебральні розлади внаслідок травми або гіпоксії, судинні захворювання, що вражають око або очний нерв, миттєві порушення головного мозкового кровообігу, що тривають менше 24 годин, напади вертебро-базиліарної ішемії, лакунари інсульти без неврологічної симптоматики.</p> <p>3) <b>Інфаркт міокарду</b> – це гострий некроз ділянки серцевого м'язу, що виникає внаслідок абсолютної або відносної недостатності коронарного кровообігу. <b>На умовах Договору:</b></p> <p>а) Діагностування (встановлення) у Страхувальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): кардіолог.</p> <p>б) Інфаркт міокарду вважається страховим випадком лише за умови відповідності всім наведеним нижче критеріям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- діагностовано збільшення кількості специфічних кардіологічних маркерів, типових для Інфаркту міокарду;</li> <li>- зміни на новій ЕКГ, що вказують на Інфаркт міокарду;</li> <li>- підтверджене погіршення функції лівого шлуночку, включаючи зниження фракції викиду лівого шлуночку, значну гіпокінезію, акінезію або аномальну рухливість стінок внаслідок Інфаркту міокарду тощо;</li> </ul> <p>в) Не визнається як Інфаркт міокарду: інфаркти міокарда із збільшенням показників тропонінів I або T в крові без зміни сегмента ST, інші гострі коронарні синдроми (такі як стабільна / нестабільна стенокардія), безбольовий інфаркт міокарда.</p> <p>4) <b>Хірургія коронарних артерій зворотним методом (аортно-коронарне шунтування)</b> – означає фактичну проведену хірургічну операцію із трансплантації коронарної артерії зворотним методом шляхом торакотомії для корекції або лікування захворювання коронарних артерій. <b>На умовах Договору:</b></p> <p>а) Діагностування (встановлення) у Страхувальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): кардіохірург.</p> <p>б) Не визнається Хірургією коронарних артерій зворотним методом (аортно-коронарним шунтуванням):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ангиопластика або інші нехірургічні методи, включаючи в тому числі лікування лазером;</li> <li>- балонна ангиопластика (дилатація) коронарних артерій, застосування лазера, інші не хірургічні процедури.</li> </ul> <p>5) <b>Ниркова недостатність</b> – означає фактичний початок регулярного діалізу нирок або фактично проведену трансплантацію нирки, що є результатом ниркової недостатності кінцевої стадії (термінальної) або результатом відмови функції обох нирок. <b>На умовах Договору:</b></p> <p>а) Діагностування (встановлення) у Страхувальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): нефролог.</p> <p>б) Не визнається Нирковою недостатністю: ниркова недостатність на стадіях, що передують кінцевій (термінальній), ниркова недостатність без регулярного діалізу або трансплантації.</p> <p>6) <b>Пересадка життєво важливих органів</b> – означає фактично проведену операцію із трансплантації людських органів від донора до Страхувальника, що включає один або більше з наступних органів: нирка, печінка, серце, легені, підшлункова залоза, або пересадку кісткового мозку. <b>На умовах Договору:</b></p> <p>а) Діагностування (встановлення) у Страхувальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): хірург-трансплантолог.</p> <p>б) Не визнається Пересадкою життєво важливих органів: фактично проведені операції із трансплантації будь-яких інших органів, частин органів, тканин або клітин, ніж вищевказані.</p> <p>7) <b>Параліч</b> – означає постійну та повну відмову функції двох або більше кінцівок в результаті травми або захворювання спинного мозку. Під кінцівкою розуміється рука або нога повністю. <b>На умовах Договору:</b></p> <p>а) Діагностування (встановлення) у Страхувальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): невролог.</p> <p>12.1.3.1. Відповідне Критичне захворювання має бути вперше діагностоване (вперше встановлено та вперше підтверджено діагноз такого захворювання) у Страхувальника під час дії Договору (з урахуванням початку дії страхового захисту по даному страховому випадку) виключно профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я).</p> <p>12.1.3.2. Визнання Страховиком Критичним захворюванням заявленого йому захворювання Страхувальника здійснюється з урахуванням відповідних умов п. 18 Договору.</p> <p>12.1.4. Інші терміни та визначення, передбачені Договором, встановлюються згідно Правил.</p>	
<p><b>СТРАХУВАЛЬНИК:</b></p> <p>! Договір укладено з мого власного волевиявлення. З умовами страхування, Правилами ознайомлений та згоден. З умовами Договору (оферта № 01/36 від 31.08.2015), у т.ч. розміщеними за адресою <a href="http://www.cardif.com.ua">www.cardif.com.ua</a> та <a href="http://my.ukrsibbank.com">my.ukrsibbank.com</a>, в повному обсязі ознайомлений та згоден, зобов'язуюсь їх виконувати. ! Надаю згоду на безстрокову обробку, використання та зберігання персональних даних. Про свої права згідно Закону України «Про захист персональних даних» повідомлений. ! Підтверджую, що інформація згідно статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», в т.ч. яка розміщена за адресою <a href="http://www.cardif.com.ua">www.cardif.com.ua</a>, мені надана та я з нею ознайомлений.</p> <p>ПІБ: _____, Паспорт № _____, виданий _____ р., Ідентифікаційний номер: _____.</p> <p>(підпис)</p>	<p><b>ПРЕДСТАВНИК СТРАХОВИКА: АТ «УкрСиббанк»</b></p> <p>ПІБ _____</p> <p>(МП) _____ (підпис)</p>

1. СТРАХОВІ ВИПАДКИ, що позначаються позначкою «Так» в Заяві-приєднанні, залежно від обраної Страхувальником вартості страхування (страхового платежу):

Опція страхування	Страховий платіж, що сплачується при укладанні договору страхування, грн.	Страховий платіж, що сплачується при пролонгації договору страхування, грн.	Страхові випадки:				
			Смерть або постійна непрацездатність	Госпіталізація	Переломи та інші травми	Тимчасова непрацездатність	Критичне захворювання
Basic	250,00	225,00	ТАК	ТАК	ТАК	НІ*	НІ*
Standard	450,00	410,00	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК	НІ*
Optimal	750,00	700,00	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК	НІ*
Premium	1 500,00	1 420,00	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК*

\* Позначка НІ означає, що при обраній вартості страхування (страховому платежі) страховий захист по страховому випадку не надається.

2. СТРАХОВІ СУМИ, ЛІМІТИ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ, що визначаються в Заяві-приєднанні, залежно від обраної Страхувальником вартості страхування (страхового платежу):

Опція страхування	Страховий платіж, що сплачується при укладанні договору страхування, грн.	Страховий платіж при пролонгації договору страхування, грн.	Страхові суми по страховим випадкам:							
			Смерть або постійна непрацездатність		Госпіталізація		Переломи та інші травми		Тимчасова непрацездатність	Критичне захворювання
			Страхова сума, грн.	Ліміт страхової виплати, грн.	Страхова сума, грн.	Ліміт за 1 день госпіталізації, грн.	Страхова сума, грн.	Ліміт страхової виплати по одному страховому випадку, грн.	Страхова сума, грн.	Страхова сума, грн.
Basic	250,00	225,00	20 000,00	При смерті або встановленні I групи інвалідності - в межах 100% від страхової суми	1 250,00	250,00	4 000,00	2 000,00	НІ*	НІ*
Standard	450,00	410,00	20 000,00		1 500,00	300,00	5 000,00	2 500,00	700,00	НІ*
Optimal	750,00	700,00	20 000,00	При встановленні II групи інвалідності - в межах 80% від страхової суми	2 000,00	400,00	6 000,00	3 000,00	1 500,00	НІ*
Premium	1 500,00	1 420,00	25 000,00		2 500,00	500,00	8 000,00	4 000,00	2 500,00	25 000,00

\* Позначка НІ означає, що при обраній вартості страхування (страховому платежі) страховий захист по страховому випадку не надається.

3. СТРАХОВІ ТАРИФИ, що визначаються в Заяві-приєднанні, залежно від обраної Страхувальником вартості страхування (страхового платежу):

Страхові випадки:	Страхові тарифи							
	Опція страхування Basic		Опція страхування Standard		Опція страхування Optimal		Опція страхування Premium	
	При укладанні договору страхування, %	При пролонгації договору страхування, %	При укладанні договору страхування, %	При пролонгації договору страхування, %	При укладанні договору страхування, %	При пролонгації договору страхування, %	При укладанні договору страхування, %	При пролонгації договору страхування, %
Смерть або постійна непрацездатність	0,406%	0,365%	0,182%	0,165%	0,161%	0,150%	0,175%	0,166%
Госпіталізація	9,552%	8,592%	4,258%	3,882%	3,781%	3,530%	4,112%	3,894%
Переломи та інші травми	1,235%	1,115%	0,549%	0,501%	0,488%	0,455%	0,530%	0,500%
Тимчасова непрацездатність	НІ*	НІ*	46,040%	41,960%	40,860%	38,140%	44,442%	42,066%
Критичне захворювання	НІ*	НІ*	НІ*	НІ*	НІ*	НІ*	0,800%	0,758%

\* Позначка НІ означає, що при обраній вартості страхування (страховому платежі) страховий захист по страховому випадку не надається.