

Оферта дійсна виключно для страхування клієнтів ТОВ «АЛЛО», які купують товар з оплатою частинами**1. СТРАХОВИК: Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «КАРДІФ» (ПРИВАТНЕ АТ «СК «КАРДІФ»):**

в особі Генерального директора Романенка Олега Олексійовича, який діє на підставі Статуту, від імені якого діє, на підставі укладеного Договору доручення № 192 від 01 вересня 2016 року, **страховий агент, а саме Товариство з обмеженою відповідальністю «АЛЛО» (ТОВ «АЛЛО»)**, в особі директора Лисенка Константина Петровича, який діє на підставі Довіреності № 1 від 01.09.2016 р. (по тексту - Страховий агент). **Адреса:** 04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8, тел. (044) 428-61-61, 0-800-505-705, факс 537-42-11, сайт: www.cardif.com.ua.

2. СТРАХУВАЛЬНИК:

Фізична особа, яка прийняла (акцептувала) в цілому всі умови цього Договору добровільного страхування позичальника (договору приєднання) [оферти № 18/02/01 від 01.09.2016 р.] (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).

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ:

Страховик та Страхувальник, які надалі разом іменуються Сторони, а кожна окремо – Сторона, уклали Договір, який згідно з частиною 1 статті 207 Цивільного кодексу України складається з тексту Договору (оферти № 18/02/01 від 01.09.2016 р.) та Заяви-приєднання, щодо захисту майнових інтересів, що не суперечать закону і пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника.

4. ВИГОДОНАБУВАЧ:

Вигодонабувачем за Договором призначається Страхувальник.

5. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА:

Застрахованою особою за Договором є Страхувальник виключно у віці від 18 років та до досягнення ним 65 років включно від дати його народження.

6. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ:

6.1. Даний текст Договору підписується Страховим агентом, який діє від імені Страховика та скріплюється печаткою Страхового агента. Цей текст Договору є офертою в розумінні частини 1 статті 634, статей 638, 641 Цивільного кодексу України. Договір є стандартною формою в розумінні статті 634 Цивільного кодексу України, яку може акцептувати інша особа шляхом приєднання до Договору в цілому.

6.2. Даний текст Договору підписується в одному оригінальному екземплярі, який зберігається у Страховика. Даний текст Договору розміщується у вільному доступі на веб-сайті Страховика: <http://cardif.com.ua/upload/oferta180201>.

6.3. Страхувальник може приєднатися до Договору, в розумінні статті 634 Цивільного кодексу України, шляхом прийняття (акцепту) умов Договору в цілому шляхом підписання Заяви-приєднання, зразок якої міститься в Додатку № 1 до Договору.

6.4. Заява-приєднання оформлюється за встановленою Додатком № 1 до Договору формою у двох примірниках.

6.5. Договір складається з даного тексту Договору [оферти № 18/02/01 від 01.09.2016 р.] та Заяви-приєднання і вважається укладеним із моменту підписання Страхувальником Заяви-приєднання у спрощений спосіб у розумінні частини 1 статті 181 Господарського кодексу України, але за умови сплати страхового платежу у встановлені строки.

7. СТРАХОВІ ВИПАДКИ:

7.1. **Смерть або інвалідність (1 або 2 групи) внаслідок хвороби або нещасного випадку** – смерть Страхувальника або постійна непрацездатність Страхувальника (первинне встановлення I або II групи інвалідності) внаслідок нещасного випадку або хвороби з урахуванням умов п. 20 Договору (далі по тексту – **Смерть (інвалідність)**).

7.2. **Тимчасова непрацездатність не менше 15 днів внаслідок хвороби або нещасного випадку (з 6-го дня з дати укладання Договору)** – безперервне перебування Страхувальника на лікуванні внаслідок хвороби або нещасного випадку не менше 15 (п'ятнадцяти) календарних днів поспіль, що підтверджено документально (листом непрацездатності (для працюючих) або довідкою закладу охорони здоров'я (для непрацюючих)), з урахуванням умов п. 20 Договору та за умови, якщо таке безперервне перебування Страхувальника на лікуванні внаслідок хвороби або нещасного випадку сталося починаючи з 6 (шостого) календарного дня від дати вступу в дію Договору (далі по тексту – **Тимчасова непрацездатність**).

7.3. **Госпіталізація не менше 8 днів внаслідок хвороби або нещасного випадку** – безперервне перебування Страхувальника в стаціонарі (крім денного стаціонару) лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) не менше 8 (восьми) календарних днів поспіль, що підтверджено документально, внаслідок нещасного випадку або хвороби з урахуванням умов п. 20 Договору (далі по тексту – **Госпіталізація**). При цьому страховий захист по страховому випадку Госпіталізація не розповсюджується на перебування Страхувальника у денному стаціонарі чи на амбулаторному лікуванні;

7.4. **Переломи та інші травми** – тимчасова непрацездатність Страхувальника внаслідок нещасного випадку при травматичних ушкодженнях, зазначених нижче, з урахуванням умов п. 20 Договору (далі по тексту – **Переломи та інші травми**):

а) перелом або травматична ампутація 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'ястя, 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 (для працюючих) або довідки закладу охорони здоров'я (для непрацюючих));

в) хімічний або термічний опік (крім обмороження) поверхні тіла другого, третього або четвертого ступеню (за умови отримання листка непрацездатності (для працюючих) або довідки закладу охорони здоров'я (для непрацюючих));

г) вивих суглоб 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 (за умови отримання листка непрацездатності (для працюючих) або довідки закладу охорони здоров'я (для непрацюючих), визначення ступенів розтягнення згідно умов пп. 23.1.1 п. 23 Договору).

7.5. **Критичне захворювання** – встановлення Страхувальнику не раніше 91 (дев'яносто першого) календарного дня від дати вступу в дію Договору первинного діагнозу одного з критичних захворювань, зазначених у нижченаведеному переліку, 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, з урахуванням умов п. 20 Договору (далі по тексті – **Критичне захворювання**). Перелік Критичних захворювань:

- а) Злоякісне новоутворення (рак);
- б) Інсульт;
- в) Інфаркт міокарду;
- г) Хірургія коронарних артерій зворотним методом (аортно-коронарне шунтування);
- ґ) Ниркова недостатність;
- д) Пересадка життєво важливих органів;
- е) Параліч.

7.5.1. Визначення кожного із вищевказаних Критичних захворювань наведено у пп. 23.1.2 п. 23 Договору.

8. СТРАХОВА СУМА ПО ДОГОВОРУ, грн.:

Визначається у розмірі вартості придбаного Страхувальником товару в ТОВ «АЛЛО» з оплатою частинами та зазначається в Заяві-приєднання (з урахуванням умов п. 23.9 Договору) і інформація про розмір якої передається Страхувальником Страхувальнику у відповідному реєстрі.

9. ЛІМІТИ ВИПЛАТИ ПО СТРАХОВИМ ВИПАДКАМ, грн.:

Визначаються у відсотках від страхової суми в порядку та на умовах, визначених згідно умов п. 19 Договору.

10. МІСЯЧНИЙ СТРАХОВИЙ ТАРИФ, %:

Місячний страховий тариф становить 1,1%.

11. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ЗА ДОГОВОРОМ:

11.1. Місячний страховий платіж визначається як добуток страхової суми по Договору (п. 8 Договору) та місячного страхового тарифу (п. 10 Договору).

11.2. Страховий платіж за Договором визначається як добуток місячного страхового платежу (п. 11.1 Договору) і кількості місяців дії Договору згідно умов п. 13.1 Договору та зазначається у Заяві-приєднання.

12. СТРОК ТА УМОВИ СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ:

Страховий платіж за Договором, вказаний в п. 11.2 Договору, сплачується одноразово та в повному обсязі на користь Страхувальника в день укладання Договору в касу Страхового агента. Днем сплати страхового платежу вважається день сплати таких коштів в касу Страхового агента.

13. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОЧАТОК ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОЧАТОК ДІЇ СТРАХОВОГО ЗАХИСТУ:

13.1. **Строк дії Договору** встановлюється у відповідній кількості календарних місяців, вказаних у Заяві-приєднанні, від дати укладання Договору, що визначається у Заяві-приєднанні. При цьому один місяць страхування дорівнює 30 (тридцяти) календарним дням. Інформація про кількість календарних місяців, вказаних у Заяві-приєднанні, передається Страхувальником Страхувальнику у відповідному реєстрі.

13.2. **Дата вступу в дію Договору** встановлюється як дата укладання Договору, за умови сплати страхового платежу згідно умов Договору (з урахуванням умов п. 13.4 Договору). У випадку несплати (або сплати не в повному обсязі) Страхувальником страхового платежу за Договором, що вказаний у п. 11.2 Договору, до дати, зазначеної в п. 12 Договору, Договір є таким, що не вступив в дію (не набрав чинності).

13.3. **Дата закінчення дії Договору** встановлюється як дата, що дорівнює тридцятому календарному дню останнього календарного місяця із загальної кількості календарних місяців, вказаних у Заяві-приєднанні як строк дії Договору.

13.4. **Страховий захист по Договору** відносно страхових випадків діє:

- а) по страховим випадкам **Смерть (інвалідність), Госпіталізація, Переломи та інші травми** – з дати вступу в дію Договору;
- б) по страховому випадку **Тимчасова неприцездатність** – з 6 (шостого) календарного дня від дати вступу в дію Договору;
- в) по страховому випадку **Критичне захворювання** – з 91 (дев'яносто першого) календарного дня від дати вступу в дію Договору.

13.5. Страхувальник не визнає страховим випадком і не здійснює страхову виплату, якщо подія, яка заявлена Страхувальнику, мала місце до початку дії Договору, або в період між укладанням Договору та початком його дії, а також у період, коли страховий платіж не був сплачений (або був сплачений не в повному обсязі) Страхувальником, або в період коли страховий захист не діяв згідно умов Договору. Жоден з випадків, що стався у такі періоди, не розглядається Страхувальником як страховий і страхова виплата по ним не здійснюється.

14. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ. МІСЦЕ УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ. ДАТА УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ:

14.1. Місце дії Договору:

- а) по страховим випадкам **Смерть (інвалідність) та Переломи та інші травми** – будь-яка країна світу;
- б) по страховому випадку **Тимчасова неприцездатність, Госпіталізація та Критичне захворювання** – Україна.

14.2. Місцем укладення Договору є місцезнаходження Приватного АТ «СК «Кардіф», що зазначене в п. 1 Договору.

14.3. Датою укладення Договору є дата прийняття (акцепту) пропозиції укласти Договір в порядку, передбаченому п. 6 Договору, яка зазначається у Заяві-приєднання разом з її номером.

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

Я, Страхувальник за Договором, повідомляю, що на момент укладання та підписання 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.

Я, укладаючи та підписуючи 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, укладаючи та підписуючи 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» для проведення процедур, передбачених Законом України «Про страхування» та Договором.

16. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН:

16.1. Страховик зобов'язаний:

- ознайомити Страхувальника з умовами страхування та Правилами добровільного страхування від нещасних випадків (нова редакція), що зареєстровані 25.10.2010 р. (зі змінами) та Правилами добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (нова редакція), що зареєстровані 25.10.2010 р. (зі змінами), на підставі яких укладено цей Договір (далі по тексту Договору – Правила);
- 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;
- при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк та на умовах Договору;
- за письмовою заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним Договір;
- не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майновий стан, крім випадків, встановлених законом.

16.2. Страховик має право:

- 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;
- робити запити до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій незалежно від форм власності, що володіють необхідною інформацією про виконання умов Договору та обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати такі відомості, проводити власне розслідування;
- відстрочити 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 від дати прийняття Страховиком відповідного рішення щодо такого відстрочення;
- відмовити у страховій виплаті з підстав, визначених чинним законодавством України та Договором, або зменшити його розмір у випадках, передбачених Договором;
- ініціювати внесення змін до Договору або достроково припинити Договір на умовах, зазначених чинним законодавством України та Договором;
- інші права згідно Договору, Правил та законодавства України.

16.3. Страхувальник зобов'язаний:

- дотримуватися умов Договору;
- своєчасно внести страхові платежі в строк та в обсязі, що визначені Договором;
- при укладанні Договору надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі письмово інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику не пізніше 2 (двох) робочих днів від дати настання таких 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, зміна умов щодо стану здоров'я, передбачені п. 15 Договору, тощо);
- при укладанні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета Договору;
- вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк та на умовах, передбачених Договором, а також при настанні страхового випадку виконати дії, передбачені п. 17 Договору, та надати документи, передбачені п. 18 Договору;
- на вимогу Страховика надати Страховику достовірні відомості про стан свого здоров'я, а також, при необхідності, пройти медичне обстеження у закладах охорони здоров'я, визначених Страховиком та за його рахунок;
- інформувати Страховика про зміну місця свого фактичного проживання та/або місця реєстрації протягом 2 (двох) робочих днів з моменту настання таких змін;
- надавати документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, в обсязі і строки, передбачені Договором;
- на запит Страховика надавати відомості та документи (їх завірені копії) з метою виконання Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення»;
- виконувати інші обов'язки згідно умов Договору.

16.4. Страхувальник має право:

- на страхову виплату відповідно до умов Договору в розмірі та порядку, передбаченому Договором;
- ініціювати внесення змін до Договору або достроково припинити дію Договору відповідно до умов Договору;
- оскаржити в судовому порядку рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати;
- інші права згідно Договору, Правил та законодавства України.

17. ДІЇ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ:

17.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку за Договором, Страхувальник зобов'язаний:

17.1.1. Повідомити Страховика про настання страхового випадку (у будь-якій формі) протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня, коли Страхувальник дізнався або повинен був дізнатися про настання страхового випадку, та протягом того ж строку подати Страховику письмову Заяву-повідомлення про страховий випадок за формою, встановленою Страховиком (надалі – Заява). Письмова Заява направляється за адресою Страховика, зазначеною у п. 1 Договору. Форма письмової Заяви отримується у Страховика.

17.1.2. При хворобі або нещасному випадку звернутися до закладів охорони здоров'я 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 (в залежності від обставин настання події: відповідні підрозділи МВС України (Національної поліції), 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;

17.1.3. Надати Страховику документи, які підтверджують настання страхового випадку та необхідні для прийняття рішення про страхову виплату, передбачені п. 18 Договору.

18. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ:

18.1. Для підтвердження страхового випадку та для здійснення страхової виплати, в залежності від характеру страхового випадку, Страховику, крім Заяви (пп. 17.1.1 п. 17.1 Договору), надаються такі документи:

18.1.1. копія Заяви-приєднання;

18.1.2. копія паспорту Страхувальника (всіх заповнених сторінок) та копія його реєстраційного номера облікової картки платника податків (довідки про присвоєння ідентифікаційного номера) (при відсутності у випадках, передбачених законодавством, – копія сторінки паспорту з відповідною відміткою, або копія документу, що замінює паспорт згідно законодавства – паспортна картка (ID-картка)), або відповідні документи іншої особи, що має право на отримання страхової виплати;

18.1.3. при настанні нещасних випадків додатково надаються:

а) **оригінал документу, який підтверджує факт та обставини настання нещасного випадку із Страхувальником** (акт про нещасний випадок відповідно до законодавства, та/або довідка МВС України (Національної поліції) (при ДТП – розширена довідка відповідного підрозділу МВС України), рішення суду або довідки інших компетентних органів та закладів охорони здоров'я);

б) **довідка або інший офіційний документ, що містить інформацію про наявність/відсутність у Страхувальника стану сп'яніння** будь-якого виду або його перебування під дією алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин під час керування транспортним засобом та інших дій, залежно від характеру страхового випадку (наприклад: дорожньо-транспортної пригоди, протиправних дій тощо) (по страховому випадку **Смерть (інвалідність)** надається обов'язково, по інших страхових випадках за вимогою Страховика);

18.1.4. при настанні страхового випадку Смерть (інвалідність) додатково надаються:

а) **оригінал довідки Медико-соціальної експертної комісії (МСЕК)** про встановлення Страхувальнику I або II групи інвалідності або її нотаріально засвідчена копія;

б) **оригінал свідоцтва про смерть Страхувальника або його нотаріально засвідчена копія;**

в) **копія довідки про причину смерті Страхувальника;**

г) **медична довідка та/або витяг з історії хвороби Страхувальника**, а також за вимогою Страховика – копія амбулаторної або медичної картки Страхувальника, витяг з такої картки;

18.1.5. при настанні страхового випадку Тимчасова непрацездатність або страхового випадку Госпіталізація додатково надаються:

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) **копія листка непрацездатності (для працюючих) або довідки закладу охорони здоров'я (для непрацюючих)**, підписаної відповідальною особою та завіреної печаткою закладу охорони здоров'я;

18.1.6. при настанні страхового випадку Переломи та інші травми додатково надаються:

а) **медична довідка, що підтверджує перелом або травму, та рентген знімок перелому або вивиху суглобу та, за вимогою Страховика, опис знімку, підписаний лікарем та завірений печаткою медичної установи у випадку перелому (в т.ч. при ампутаціях) або вивиху суглобу.** Крім цього, при настанні травми вивиху суглобу, обов'язково надається документальне підтвердження факту проведення медичної маніпуляції при вивиху суглобу – накладання ортопедичної фіксуєючої пов'язки або гіпсу (наприклад: в призначеннях лікаря має бути вказано про необхідність накладання ортопедичної фіксуєючої пов'язки або гіпсу в зв'язку з вивихом суглобу; медичний документ, наданий Страховику, має підтверджувати факт накладання ортопедичної фіксуєючої пов'язки або гіпсу);

б) **копія листка непрацездатності (для працюючих) або довідка закладу охорони здоров'я (для непрацюючих)**, підписана відповідальною особою та завірена печаткою закладу охорони здоров'я у випадку отримання травм: ушкодження головного мозку; хімічний або термічний опік поверхні тіла другого, третього або четвертого ступеню; розтягненні зв'язок другого або третього ступеню тяжкості;

18.1.7. при настанні страхового випадку Критичне захворювання додатково надаються:

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, діагноз, 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:** плівку 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'язкове);

- **при Нирковій недостатності:** результати дослідження крові на рівень мочевины 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) **належним чином оформлений витяг з 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 і 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;

г) офіційний медичний висновок за результатами пройденого за вимогою Страховика Страхувальником медичного обстеження у закладах охорони здоров'я або у відповідного медичного спеціаліста (лікаря), визначених Страховиком;

18.1.8. інші документи, пов'язані із страховим випадком або необхідні для здійснення страхової виплати, за письмовою вимогою Страховика.

18.2. Якщо Страхувальник не може у зв'язку зі станом здоров'я здійснити заходи, що передбачені пунктом 18.1 Договору, то їх повинна виконати особа, що є законним представником Страхувальника або інша його довірена особа.

18.3. 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. 18.1, 18.3 Договору, несе Страхувальник (Вигодонабувач) чи інша особа, що має право на отримання страхової виплати.

18.4. Документи, зазначені в п. 18.1 Договору, подаються Страховику не пізніше 90 (дев'яноста) календарних днів з дати настання страхового випадку. Якщо ці документи видаються 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.

18.4.1. 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 (міститься 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).

18.5. 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 чи Вигодонабувача від обов'язку надавати частину документів із відповідного переліку документів, вказаного в п. 18.1 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.

18.6. 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.

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

19.1. Страхова виплата здійснюється Страхувальнику, що є Вигодонабувачем за Договором, або його спадкоємцем у випадку його смерті на підставі документів, передбачених п. 18 Договору, та страхового акту, складеного Страховиком.

19.2. На умовах Договору страхова виплата здійснюється з урахуванням наступних умов:

19.2.1. **При настанні страхового випадку Смерть (інвалідність) страхова виплата здійснюється:**

а) **В розмірі 100% від розміру страхової суми по Договору** - у випадку смерті або встановлення Страхувальнику I групи інвалідності;

б) **В розмірі 80% від розміру страхової суми по Договору** - у випадку встановлення Страхувальнику II групи інвалідності.

19.2.2. **При настанні страхового випадку Тимчасова непрацездатність страхова виплата здійснюється:**

а) **В розмірі 15% від розміру страхової суми по Договору, але в будь-якому разі не більше 2 500,00 (дві тисячі п'ятсот) грн.,** – у випадку безперервного перебування Страхувальника на лікуванні 15 (п'ятнадцять) – 30 (тридцять) календарних днів поспіль;

б) **В розмірі 30% від розміру страхової суми по Договору, але в будь-якому разі не більше 5 000,00 (п'ять тисяч) грн.,** – у випадку безперервного перебування Страхувальника на лікуванні 31 (тридцять один) – 60 (шістдесят) календарних днів поспіль;

в) **В розмірі 45% від розміру страхової суми по Договору, але в будь-якому разі не більше 7 500,00 (сім тисяч п'ятсот) грн.,** – у випадку безперервного перебування Страхувальника на лікуванні 61 (шістдесят один) календарний день поспіль та більше.

19.2.2.1. **При цьому при здійсненні страхової виплати по даному страховому випадку враховуються наступні умови:**

а) За весь час дії Договору Страховик в цілому по страховим випадкам Тимчасова непрацездатність та Госпіталізація виплачує не більше 50% від страхової суми по Договору;

б) Страхова виплата не здійснюється за перші 14 (чотирнадцять) календарних днів перебування на лікуванні;

в) Страхова виплата не здійснюється якщо безперервне перебування Страхувальника на лікуванні сталось упродовж перших 5 (п'яти) календарних днів від дати вступу в дію Договору;

г) Обов'язковою умовою для здійснення страхової виплати по даному страховому випадку є документальне підтвердження перебування Страхувальника на лікуванні внаслідок хвороби або нещасного випадку;

г) Протягом всього строку дії Договору Страховик здійснює страхову виплату в цілому не більше як за 1 (одним) заявленим та визнаним Страховиком страховим випадком.

19.2.3. **При настанні страхового випадку Госпіталізація страхова виплата здійснюється:**

а) **В розмірі 15% від розміру страхової суми по Договору, але в будь-якому разі не більше 2 500,00 (дві тисячі п'ятсот) грн.,** – у випадку безперервного перебування Страхувальника на стаціонарному лікуванні 8 (вісім) – 30 (тридцять) календарних днів поспіль;

б) **В розмірі 30% від розміру страхової суми по Договору, але в будь-якому разі не більше 5 000,00 (п'ять тисяч) грн.,** – у випадку безперервного перебування Страхувальника на стаціонарному лікуванні 31 (тридцять один) – 60 (шістдесят) календарних днів поспіль;

в) **В розмірі 45% від розміру страхової суми по Договору, але в будь-якому разі не більше 7 500,00 (сім тисяч п'ятсот) грн.,** – у випадку безперервного перебування Страхувальника на стаціонарному лікуванні 61 (шістдесят один) календарний день поспіль та більше.

19.2.3.1. **При цьому при здійсненні страхової виплати по даному страховому випадку враховуються наступні умови:**

а) За весь час дії Договору Страховик в цілому по страховим випадкам Тимчасова непрацездатність та Госпіталізація виплачує не більше 50% від страхової суми по Договору;

б) Страхова виплата не здійснюється за перші 7 (сім) календарних днів перебування на лікуванні в стаціонарі лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) внаслідок нещасного випадку або хвороби, а також у випадках перебування Страхувальника на денному стаціонарі чи амбулаторному лікуванні;

в) Обов'язковою умовою для здійснення страхової виплати по даному страховому випадку є документальне підтвердження безперервного перебування Страхувальника в стаціонарі лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) внаслідок нещасного випадку або хвороби;

г) Протягом всього строку дії Договору Страховик здійснює страхову виплату в цілому не більше як за 1 (одним) заявленим та визнаним Страховиком страховим випадком.

19.2.4. **При настанні страхового випадку Переломи та інші травми страхова виплата здійснюється** в наступних розмірах, залежно від отриманого Страхувальником травматичного ушкодження згідно наступної таблиці:

Тип травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати від страхової суми по Договору, %
Переломи (травматична ампутація)	15%
Інші травматичні ушкодження:	
Ушкодження головного мозку, або Вивих суглобу, або Хімічний чи термічний опік (крім обмороження) поверхні тіла другого ступеню	7,5%
Розтягнення зв'язок другого ступеню тяжкості або Хімічний чи термічний опік (крім обмороження) поверхні тіла третього ступеню	10,5%
Розтягнення зв'язок третього ступеню тяжкості або Хімічний чи термічний опік (крім обмороження) поверхні тіла четвертого ступеню	15%

19.2.4.1. При цьому при здійсненні страхової виплати по даному страховому випадку враховуються наступні умови:

- а) За весь час дії Договору Страховик в цілому по страховому випадку Переломи та інші травми, в тому числі при одночасному отриманні кількох травматичних ушкоджень, виплачує не більше 15% від страхової суми по Договору, але в будь-якому разі не більше 2 500,00 (дві тисячі п'ятсот) грн.;
- б) Тимчасова непрацездатність внаслідок нещасного випадку, що призвів до перелому (травматичної ампутації) кількох кісток одночасно та/або до кількох травматичних ушкоджень, вважається одним страховим випадком;
- в) Обов'язковою умовою для здійснення страхової виплати по даному страховому випадку є документальне підтвердження даного страхового випадку згідно умов Договору;
- г) Протягом всього строку дії Договору Страховик здійснює страхову виплату в цілому не більше як за 1 (одним) заявленим та визаним Страховиком страховим випадком.

19.2.5. При настанні страхового випадку Критичне захворювання страхова виплата здійснюється в розмірі 100% від розміру страхової суми по Договору.

19.2.5.1. При цьому при здійсненні страхової виплати по даному страховому випадку враховуються наступні умови:

- а) Страхова виплата не здійснюється, якщо первинний діагноз Критичного захворювання встановлено упродовж перших 90 (дев'яноста) календарних днів від дати вступу в дію Договору;
- б) Страхова виплата не здійснюється, якщо упродовж 30 (тридцяти) календарних днів від дати встановлення первинного діагнозу Критичного захворювання Страхувальник одужав, припинив чи не продовжує лікування цього захворювання або якщо протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати встановлення первинного діагнозу такого Критичного захворювання констатовано смерть Страхувальника;
- в) Обов'язковою умовою для здійснення страхової виплати по даному страховому випадку є документальне підтвердження даного страхового випадку згідно умов Договору.

19.3. Загальна сума страхових виплат, здійснених за Договором, не може перевищувати розмір страхової суми, зазначеної в п. 8 Договору. У разі здійснення страхової виплати по страховим випадкам Тимчасова непрацездатність та/або Госпіталізація та/або Переломи та інші травми Страховик продовжує нести відповідальність по Договору до кінця строку його дії в межах різниці між страховою сумою, обумовленою п. 8 Договору, і сумою страхової виплати, що була виплачена.

19.4. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, передбачених п. 18 Договору. Рішення Страховика оформлюється страховим актом.

19.5. Страховик здійснює страхову виплату протягом 10 (десяти) календарних днів з дня прийняття Страховиком рішення про здійснення страхової виплати (складання страхового акту) Страхувальнику, що є Вигодонабувачем за Договором, або його спадкоємцем у випадку його смерті.

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

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

20.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

20.1.1. навмисні дії Страхувальника, 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 встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

20.1.2. вчинення Страхувальником умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

20.1.3. подання Страхувальником (його представником) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або факт настання страхового випадку, а також неповної або неправдивої інформації про обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику, або ненадання відомостей про зміну страхового ризику;

20.1.4. створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру страхового випадку та розміру виплат або несвоєчасне повідомлення Страхувальником (його представником) про настання страхового випадку без поважних на це причин;

20.1.5. 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 громадські чи інші масові заворушення, революція, повстання, страйк, тероризм, війна або будь-яка подія, викликана війною (оголошеною або неоголошеною), в т.ч. проведення будь-яких миротворчих, антитерористичних заходів або операцій, надзвичайний стан, оголошений органами влади, їх наслідки;
2. радіоактивні, токсичні, вибухові або інші небезпечні якості будь-якої вибухової ядерної установки або ядерного компоненту, іонізуюча радіація, радіоактивне забруднення тощо, їх наслідки;
3. будь-які онкологічні хвороби чи злоякісні новоутворення (рак), що діагностовані до початку дії Договору, або будь-які стани, що пов'язані із такими захворюваннями, їх наслідки (рецидиви);
4. будь-які нещасні випадки, в тому числі дорожньо-транспортні пригоди (ДТП), що мали місце до початку дії Договору, або будь-які стани, що пов'язані із такими нещасними випадками, їх наслідки (рецидиви);
5. будь-який стан, хвороба (захворювання), що прямо або опосередковано пов'язані із синдромом набутого імунodefіциту (СНІД) або вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), що діагностовані до початку дії Договору, відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (дана умова не застосовується для страхового випадку Критичне захворювання);
6. хвороби (захворювання), які пов'язані з епідеміями та потребують введення карантину чи проведення карантинних заходів;
7. будь-яка подія, що має ознаки страхового випадку, передбаченого п. 7.1-7.3 Договору, і сталася внаслідок хвороби (захворювання) Страхувальника, яку(яке) діагностовано до дати набрання чинності Договором, або внаслідок загострення (ускладнення) хронічної хвороби, на яку Страхувальник був хворий на момент укладання Договору, якщо така подія сталася упродовж першого місяця дії Договору (крім випадків, передбачених пп. 3, 6 п. 20.1.5 Договору);
8. скоєння Страхувальником протиправних дій або участь Страхувальника у протиправних діях;
9. психічний або нервовий розлад або будь-який стан психічно-невропатичного походження, їх наслідки;
10. хірургічні операції чи будь-які медичні маніпуляції (процедури), проведені без ліцензії на здійснення медичної практики;
11. 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, служба в армії або участь у військових операціях чи діях;
12. зайняття небезпечними видами спорту, будь-яка робота або тренування в якості професійного спортсмена;
13. споживання алкоголю, токсичних, наркотичних чи психотропних речовин або їх аналогів, в тому числі керування будь-яким транспортним засобом під їх впливом, а також керування транспортним засобом без дійсного посвідчення водія відповідної категорії;

20.1.6. по страховому випадку Смерть (інвалідність) додатково до умов пп. 20.1.5 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. самогубство Страхувальника чи спроба самогубства Страхувальником, що сталися протягом перших двох місяців з дати початку дії Договору;

- грубе порушення Страхувальником правил техніки безпеки, пожежної безпеки, правил дорожнього руху;
- хвороби (захворювання) на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо вони зареєстровані медичним закладом протягом першого місяця з дати початку дії Договору;
- новоутворення, хвороби (захворювання) ендокринної системи, якщо відповідний діагноз встановлено медичним закладом протягом перших трьох місяців з дати початку дії Договору;
- вагітність, пологи, викидень, ускладнення, які виникли внаслідок абортів, вагітності та пологів, крім позаматкової вагітності, якщо факт такої вагітності встановлено не раніше ніж через 3 (три) місяці з дати початку дії Договору;
- будь-які косметичні процедури чи операції, пластичні операції (в т.ч. викликані ними захворювання), крім таких, що необхідні для подолання наслідків нещасного випадку;
- спадкові та генетичні хвороби (захворювання);

20.1.7. по страховому випадку Тимчасова непрацездатність та по страховому випадку Госпіталізація додатково до умов пп. 20.1.5 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:

- самогубство, спроба самогубства або наслідки спроби самогубства Страхувальника;
- навмисне спричинення Страхувальником собі тілесних ушкоджень, в т.ч. внаслідок необережного поводження зі зброєю, незалежно від психічного стану;
- планові хірургічні втручання або будь-яка косметична хірургія (в т.ч. будь-які косметичні процедури чи операції, пластичні операції);
- вагітність, пологи (в тому числі передчасні, викидень), народження дитини, декретний період, догляд за дитиною чи іншою особою, санаторно-курортне лікування;
- стерилізація, штучне запліднення, обстеження, діагностування та лікування безпліддя;
- природні небезпеки (стихійні лиха, дія стихійних або інших природних явищ);
- вроджені вади, переломи внаслідок патологічних станів чи процесів;
- здійснення Страховиком за весь час дії Договору страхової виплати за 1 (одним) заявленим та визнаним Страховиком страховим випадком Тимчасова непрацездатність або за 1 (одним) заявленим та визнаним Страховиком страховим випадком Госпіталізація відповідно;

20.1.8. по страховому випадку Тимчасова непрацездатність додатково до умов пп. 20.1.5 та пп. 20.1.7 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:

- безперервне перебування на лікуванні внаслідок хвороби або нещасного випадку 14 (чотирнадцять) або менше календарних днів поспіль, або якщо таке перебування на лікуванні не буде підтверджено документально згідно вимог Договору, або якщо таке перебування на лікуванні сталось упродовж перших 5 (п'яти) календарних днів від дати вступу в дію Договору;

20.1.9. по страховому випадку Госпіталізація додатково до умов пп. 20.1.5 та пп. 20.1.7 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:

- безперервне перебування Страхувальника в стаціонарі лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) 7 (сім) або менше календарних днів;
- перебування Страхувальника в денному стаціонарі; домашній стаціонар (лікування на дому), та/або амбулаторне лікування, та/або лікування без госпіталізації;

20.1.10. по страховому випадку Переломи та інші травми додатково до умов пп. 20.1.5 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:

- спроба самогубства або наслідки спроби самогубства Страхувальника;
- навмисне спричинення Страхувальником собі тілесних ушкоджень, в т.ч. внаслідок необережного поводження зі зброєю, незалежно від психічного стану;
- грубе порушення Страхувальником правил техніки безпеки, пожежної безпеки, правил дорожнього руху;
- участі в будь-яких авіапольотах (за винятком польоту в якості пасажира за плату літаком, що здійснює пасажирські авіап перевезення, належно допущеним до виконання польоту);
- вроджені вади, спадкові вади, переломи внаслідок патологічних станів чи процесів; остеопенія, остеопороз, переломи внаслідок таких захворювань, остеопоротичні переломи;
- вивих або перелом хребта (вивих або перелом хребця), хімічний або термічний опік поверхні тіла першого ступеню, розтягнення зв'язок першого ступеню тяжкості (будь-які розтягнення зв'язок, які не кваліфікуються згідно умов п. 23.1.1 Договору як розтягнення зв'язок другого або третього ступеню тяжкості), а також будь-які травми – вивихи суглобів, які не потребують проведення медичної маніпуляції при вивиху суглобів – накладання ортопедичної фіксувочної пов'язки або гіпсу, або будь-які травми (розтягнення, частковий розрив, повний розрив тощо) тканин інших, ніж зв'язки (наприклад: м'язів, сухожилля, хрящів тощо);
- настання травматичних ушкоджень, які не передбачені умовами п. 7.4 Договору;
- здійснення Страховиком за весь час дії Договору страхової виплати за 1 (одним) заявленим та визнаним Страховиком страховим випадком Переломи та інші травми;

20.1.11. по страховому випадку Критичне захворювання додатково до умов пп. 20.1.5 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:

- будь-які стани (в т.ч. медичні), нещасні випадки, хвороби чи захворювання, що були діагностовані (встановлені діагнози) та/або мали місце до початку дії Договору (включаючи їх наслідки, рецидиви або ускладнення); 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);
- всі винятки або обмеження, вказані або передбачені у визначеннях Критичного захворювання згідно умов пп. 23.1.2 п. 23 Договору;
- 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;
- проведення стерилізації, штучного запліднення, обстеження, діагностування та лікування безпліддя; контрацепція, аборт (крім випадків, коли аборт рекомендовано лікарем у медичних цілях);
- вроджені вади (хвороби, стани, патологічні процеси й т.п.); природні небезпеки (стихійні лиха, дія стихійних або інших природних явищ);
- спроба самогубства або наслідки спроби самогубства Страхувальника; навмисне спричинення Страхувальником собі тілесних ушкоджень, в т.ч. внаслідок необережного поводження зі зброєю, незалежно від психічного стану;
- необґрунтована відмова Страхувальника від призначень лікаря або невиконання ним призначень лікаря;
- будь-які медичні обстеження чи процедури (маніпуляції);

9. діагностування (встановлення) у Страхувальника Критичного захворювання не профільним медичним спеціалістом (не лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я), який вказаний у пп. 23.1.2 п. 23 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:
 - 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;
 - хронічні хвороби (захворювання) дихальної системи, зокрема: туберкульоз, хронічне обструктивне захворювання легень, емфізематозні порушення легенів та будь-які вроджені та генетичні хвороби дихальної системи;
 - 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;
- 20.1.12. встановлення факту, що Страхувальник на дату укладення Договору перебував на стаціонарному або амбулаторному лікуванні, або був ВІЛ-інфікованим, або був хворим на СНІД, або був визнаний недієздатним у порядку, визначеному законодавством України, або був хворим на онкологічну хворобу, або був інвалідом I, II або III групи, або перебував на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах, знаходився під наглядом у фтизіатра;
- 20.1.13. настання події із Страхувальником, якщо його вік на момент укладення Договору складає менше 18 років або якщо на дату настання страхового випадку Страхувальнику виповнилось 66 років;
- 20.1.14. відсутності факту оплати Договору (сплати страхового платежу по Договору в строки і розміри, встановлені згідно умов Договору);
- 20.1.15. невиконання Страхувальником при настанні страхового випадку дій, передбачених в п. 17 Договору, або несвоєчасне подання документів або не подання документів, що передбачені п. 18 Договору, або подання таких документів в неналежній формі (якщо вони оформлені із порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, підпис уповноваженої особи, печатка, є виправлення тексту тощо)), або відмови у наданні медичної документації посилаючись на лікарську таємницю, або невиконання Страхувальником умов пп. 7 п. 16.3 Договору, а також інші підстави, передбачені Договором.
- 20.2. 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, в тому числі по мандату Організації Об'єднаних Націй (ООН), або на тимчасово окуповані території. Події, які сталися під час перебування Страхувальника на зазначених територіях (включаючи смерть, інвалідність, тимчасову непрацездатність, нещасний випадок, звернення до закладу охорони здоров'я, госпіталізацію, переломи чи інші травми, критичне захворювання тощо), не визнаються страховими випадками за Договором та страхові виплати за ними не здійснюються.
- 20.3. Страховик приймає рішення про відмову у здійсненні страхової виплати протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання всіх необхідних документів, передбачених п. 18 Договору, та повідомляє про прийняте рішення Страхувальника, що є Вигодонабувачем за Договором, або його спадкоємцем у випадку його смерті у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) календарних днів з моменту прийняття такого рішення Страховиком.

21. ПОРЯДОК ЗМІНИ ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ:

- 21.1. Зміни умов Договору здійснюються виключно за взаємною згодою Страхувальника та Страховика шляхом укладання письмової додаткової угоди до Договору.
- 21.2. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
- а) закінчення строку дії Договору;
 - б) виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
 - в) несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки та розміри;
 - г) смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;
 - г) ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
 - д) прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;
 - е) в інших випадках, передбачених Договором та законодавством України.
- 21.3. Дія Договору припиняється після здійснення Страховиком страхової виплати відповідно до умов Договору при настанні страхового випадку, передбаченого п. 7.1 Договору або п. 7.5 Договору, – з дати такої виплати.
- 21.4. Дія Договору припиняється у відношенні до кожного із наступних страхових випадків: Госпіталізація, Тимчасова непрацездатність, Переломи та інші травми після здійснення Страховиком страхової виплати відповідно до умов Договору по відповідному страховому випадку, – з дати виплати по відповідному страховому випадку.
- 21.5. Дія Договору може бути достроково припинена за письмовою вимогою Страхувальника або Страховика з будь-яких підстав.
- 21.5.1. 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.
- 21.5.1.1. 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.
- 21.5.2. 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.

21.5.2.1. 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.

21.6. Сторони домовились, що у разі відкликання Страхувальником у встановленому законом порядку згоди на укладення кредитного договору на придбання товару, придбаного Страхувальником в ТОВ «АЛЛО» з оплатою частинами, протягом 14 днів з дати його укладання, цей Договір вважається припиненим з моменту припинення такого кредитного договору та Страховик повертає Страхувальнику сплачений страховий платіж повністю, але за умови повідомлення про це згідно умов п. 21.5 Договору Страховика і подання відповідної заяви про дострокове припинення дії Договору до Страховика, а також відсутності у такий період (14 днів з дати укладання Договору) заявлених страхових випадків або здійснених страхових виплат за Договором. При цьому Сторони домовились, що у випадку дострокового припинення дії Договору з таких підстав Страховик у такий період (14 днів з дати укладання Договору) в будь-якому разі не несе відповідальність за Договором по будь-яким подіям, що мають ознаки страхових випадків за цим Договором.

22. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН:

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

22.2. Страховик несе майнову відповідальність за прострочення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику (Вигодонабувачу) пені в розмірі 0,01% від несвоєчасно сплаченої суми за кожен день прострочення, але в будь-якому випадку не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла у період, за який сплачується пеня.

23. ОСОБЛИВІ УМОВИ:

23.1. На умовах Договору:

а) **Під нещасним випадком розуміється** – раптова, випадкова, короткочасна, 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. 20 Договору);

б) **Під хворобою (захворюванням) розуміється** – порушення нормальної життєдіяльності організму людини, що відповідає класифікації згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ), яка є чинною на момент настання страхового випадку (з урахуванням умов п. 20 Договору);

в) **Страховий захист** – обов'язок Страховика здійснювати страхові виплати при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору.

23.1.1. Для умов Договору Сторони погодили, що:

а) **Під розтягненням зв'язок другого ступеню тяжкості Сторонами розуміється** розтягнення, яке призвело до часткового розриву зв'язок, обмеження руху і втрати працездатності, про що має бути зазначено у медичних документах, які надаються Страховику;

б) **Під розтягненням зв'язок третього ступеню тяжкості Сторонами розуміється** розтягнення, яке призвело до повного розриву зв'язки, обмеження руху і втрати працездатності, про що має бути зазначено у медичних документах, які надаються Страховику.

23.1.2. Визначення по відповідних Критичних захворюваннях:

1) **Злоякісне новоутворення (рак)** – це злоякісна пухлина, що характеризується поступовим, неконтрольованим зростанням і розповсюдженням злоякісних клітин, та наявністю інвазії та ураження нормальних та навколишніх тканин. На умовах Договору:

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.

б) Не визнається Злоякісним новоутворенням (раком):

- хвороба Ходжкіну та неходжкінські лімфоми I-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'язево-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.

2) **Інсульт** – 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. На умовах Договору:

а) Діагностування (встановлення) у Страхувальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): невролог.

б) Інсульт визнається страховим випадком за умови, що він призводить до неврологічних розладів, які спричиняють:

- постійну або необоротну нездатність Страхувальника пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних пристроїв або
- постійну або необоротну нездатність Страхувальника самостійно їсти або
- постійну або необоротну нездатність Страхувальника усно спілкуватися з оточенням або
- постійну або необоротну відмову функції щонайменше однієї кінцівки, де кінцівка визначається як рука, включаючи кисть, або нога, включаючи ступню.

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.

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.

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.

3) **Інфаркт міокарду** – це гострий некроз ділянки серцевого м'язу, що виникає внаслідок абсолютної або відносної недостатності коронарного кровообігу. На умовах Договору:

а) Діагностування (встановлення) у Страхувальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): кардіолог.

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 аномальну рухливість стінок внаслідок Інфаркту міокарду тощо;

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.

4) **Хірургія коронарних артерій зворотним методом (аортно-коронарне шунтування)** – означає фактичну проведену хірургічну операцію із трансплантації коронарної артерії зворотним методом шляхом торакотомії для корекції або лікування захворювання коронарних артерій. На умовах Договору:

а) Діагностування (встановлення) у Страхувальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): кардіохірург.

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.

5) **Ниркова недостатність** – 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. На умовах Договору:

а) Діагностування (встановлення) у Страхувальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): нефролог.

б) Не визнається Нирковою недостатністю: ниркова недостатність на стадіях, що передують кінцевій (термінальній), ниркова недостатність без регулярного діалізу або трансплантації.

6) **Пересадка життєво важливих органів** – 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. На умовах Договору:

а) Діагностування (встановлення) у Страхувальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): хірург-трансплантолог.

б) Не визнається Пересадкою життєво важливих органів: фактично проведені операції із трансплантації будь-яких інших органів, частин органів, тканин або клітин, ніж вищевказані.

7) **Параліч** – означає постійну та повну відмову функції двох або більше кінцівок в результаті травми або захворювання спинного мозку. Під кінцівкою розуміється рука або нога повністю. На умовах Договору:

а) Діагностування (встановлення) у Страхувальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): невролог.

23.1.2.1. 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).

23.1.2.2. Визнання Страховиком Критичним захворюванням заявленого йому захворювання Страхувальника здійснюється з урахуванням відповідних умов п. 20 Договору.

23.1.3. Інші терміни та визначення, передбачені Договором, встановлюються згідно Правил.

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

23.3. З питань, які не врегульовані Договором, Сторони керуються положеннями Правил та чинного законодавства України. У випадку розбіжностей між положеннями Договору та Правил перевага надається положенням Договору.

23.4. Страхувальник прийняттям (акцептом) пропозиції Страховика укласти Договір надає свою згоду на те, що його персональні дані можуть бути передані/поширені/розкриті (у тому числі для їх подальшої обробки та використання) у зв'язку із реалізацією правовідносин у сфері страхування відповідно до Закону України «Про страхування» третім особам (зокрема розпорядникам Баз даних персональних даних (в разі їх наявності), страховим агентам, тощо). Страхувальник, погоджується, що до його персональних даних може бути наданий доступ третім особам за їх запитом, за умови взяття зазначеними особами зобов'язання щодо забезпечення виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних», в порядку, передбаченому ст. 16 Закону України «Про захист персональних даних».

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

23.6. 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.

23.7. При припиненні дії цього Договору чи внесенні до нього змін у випадках та на умовах, передбачених п. 21 Договору, дія інших договорів страхування, укладених з іншими страхувальниками на підставі Оферти № 18/02/01 від 01.09.2016 року, не припиняється та їх умови не змінюються. Надання Страхувальнику інструкцій у зв'язку з будь-якими подіями з боку Страховика не є підставою для визнання цієї події страховим випадком за Договором.

23.8. Страхувальник підтверджує, що:

- Договір укладено з власного волевиявлення Страхувальника та підписаний ним в спосіб, який зрозумілий Страхувальнику та з яким він погоджується, укладаючи Договір;

- з умовами страхування, в т.ч. які розміщені на сайті Приватного АТ «СК «Кардіф» за адресою: www.cardif.com.ua, та Правилами добровільного страхування від нещасних випадків (нова редакція), що зареєстровані 25.10.2010 р. (зі змінами) та Правилами добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (нова редакція), що зареєстровані 25.10.2010 р. (зі змінами), на підставі яких укладено цей Договір, ознайомлений, їх розуміє та згоден з ними;

- надав згоду на безстрокову обробку, використання та зберігання його персональних даних. Страхувальник надає дозвіл на обмін та передачу між ТОВ «АЛЛО» та Приватним АТ «СК «Кардіф» своїх персональних даних з метою укладення цього Договору;

- про свої права згідно Закону України «Про захист персональних даних» повідомлений;

- інформація згідно статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», в т.ч. яка розміщена на сайті Приватного АТ «СК «Кардіф» за адресою www.cardif.com.ua та доступна у магазинах ТОВ «АЛЛО», йому надана та він з нею ознайомлений.

23.9. Страхова сума за Договором (яка вказується у Заяві-приєднанні) в будь-якому разі не може перевищувати вартість придбаного Страхувальником товару в ТОВ «АЛЛО» з оплатою частинами та в будь-якому разі не може перевищувати 50 000,00 (п'ятдесят тисяч) грн.

23.10. Відповідно до вимог статті 31 закону України «Про страхування» Страховик розподіляє сплачений Страхувальником страховий платіж за Договором з метою формування технічних резервів незароблених премій за видами страхування, а саме: по добровільному страхуванню від нещасних випадків – 16,09%; по добровільному страхуванню здоров'я на випадок хвороби – 83,91%.

23.11. У Додатку № 2 до Договору наведена додаткова інформація для Страхувальника згідно вимог законодавства України.

ПІДПИС СТРАХОВИКА:

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КАРДІФ»,

від імені якого, на підставі укладеного Договору доручення № 192 від 01 вересня 2016 року,

діє Страховий агент: ТОВ «АЛЛО», в особі директора Лисенка Константина Петровича,

який діє на підставі Довіреності № 1 від 01.09.2016 р.

Адреса Страхового агента: 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Барикадна, 15а; Ідентифікаційний код: 30012848.

Адреса Страховика: 04070, Україна, м. Київ, вул. Іллінська, 8; Ідентифікаційний код: 34538696.

(МП) (підпис)

Лисенко К.П.

(ПІБ)



Форма Заяви-приєднання (Акцепту)

ЗАЯВА-ПРИЄДНАННЯ (АКЦЕПТ) № 18/02/01/_____ від ____ 20__ р.
до Договору добровільного страхування позичальника (договору приєднання) [ОФЕРТА № 18/02/01 від 01.09.2016] (по тексту - Договір):

1. Страховик: Приватне АТ «СК «Кардіф» (від імені та за дорученням якого діє страховий агент ТОВ «АЛЛО»), адреса: 04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8; (044)428-61-61.

2. Страхувальник (Застрахована особа):
ПІБ: «_____»,
Дата народження: «_____», телефон «_____»,
Адреса: «_____».

3. Вигодонабувач: Страхувальник.

4. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника.

5. Страхова сума за Договором: «_____» грн.

6. Місячний страховий тариф: 1,10%.

7. Страховий платіж за Договором: «_____» грн.

8. Строк дії Договору: «_____» календарних місяців.

9. Страхові випадки:
9.1. Смерть або інвалідність (1 або 2 групи) внаслідок хвороби або нещасного випадку;
9.2. Тимчасова непрацездатність не менше 15 днів внаслідок хвороби або нещасного випадку (з 6-го дня з дати укладання Договору);
9.3. Госпіталізація не менше 8 днів внаслідок хвороби або нещасного випадку;
9.4. Переломи та інші травми (перелік переломів і травм згідно умов п. 7 Договору [ОФЕРТА № 18/02/01 від 01.09.2016]);
9.5. Критичне захворювання (з 91-го дня з дати укладання Договору. Перелік захворювань згідно умов п. 7 Договору [ОФЕРТА № 18/02/01 від 01.09.2016]).

10. Порядок зміни і припинення дії Договору, умови здійснення страхової виплати, причини відмови у страховій виплаті, права та обов'язки сторін, відповідальність сторін, а також визначення та опис страхових випадків встановлені умовами Договору [ОФЕРТА № 18/02/01 від 01.09.2016].

11. Підписи сторін. Підписанням цієї Заяви-приєднання Страхувальник приймає в цілому всі умови Договору [ОФЕРТА № 18/02/01 від 01.09.2016] та відповідно до умов статей 634, 638, 641 Цивільного кодексу України приєднується до Договору шляхом підписання цієї Заяви-приєднання. Підписанням цієї Заяви-приєднання Страхувальник підтверджує прийняття (акцепт) повністю та безумовно в розумінні статті 642 Цивільного кодексу України пропозиції Страховика укласти Договір на умовах, вказаних у цій Заяві-приєднання та Договорі, а також виражає своє волевиявлення укласти Договір. Ця Заява-приєднання є невід'ємною частиною Договору. Страхувальник підтверджує, що він ознайомлений з повним текстом умов страхування за Договором [ОФЕРТА № 18/02/01 від 01.09.2016], що розміщені на сайті Страховика: <http://cardif.com.ua/upload/oferta180201>. Страхувальник надає згоду на безстрокову обробку, використання та зберігання своїх персональних даних, про свої права згідно Закону України «Про захист персональних даних» повідомлений.

Підпис Страхувальника: _____

Екземпляр Договору добровільного страхування позичальника (договору приєднання) [ОФЕРТА № 18/02/01 від 01.09.2016] отримав: _____
(підпис Страхувальника)

З умовами страхування, в т.ч. які розміщені на сайті Приватного АТ «СК «Кардіф» за адресою: www.cardif.com.ua, та Правилами добровільного страхування від нещасних випадків (нова редакція), що зареєстровані 25.10.2010 р. (зі змінами) та Правилами добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (нова редакція), що зареєстровані 25.10.2010 р. (зі змінами), на підставі яких укладено цей Договір, ознайомлений, їх розумію та згоден з ними: _____
(підпис Страхувальника)

Інформацію згідно статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», в т.ч. яка розміщена на сайті Приватного АТ «СК «Кардіф» за адресою www.cardif.com.ua та доступна у магазинах ТОВ «АЛЛО», отримав та з нею ознайомлений: _____
(підпис Страхувальника)

Підпис співробітника страхового агента ТОВ «АЛЛО», який оформив (прийняв) цю Заяву-приєднання: _____ (м.п.)

Додаткова інформація для Страхувальника згідно вимог законодавства України**I. ІНФОРМАЦІЯ ВІДПОВІДНО ДО ВИМОГ ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО ЗАХИСТ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ»:**

Права суб'єкта персональних даних. Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Кардіф» повідомляє про права суб'єкта персональних даних згідно Закону України «Про захист персональних даних»:

1. Особисті немайнові права на персональні дані, які має кожна фізична особа, є невід'ємними і непорушними.
2. Суб'єкт персональних даних має право:
 - 1) знати про джерела збирання, місцезнаходження своїх персональних даних, мету їх обробки, місцезнаходження або місце проживання (перебування) володільця чи розпорядника персональних даних або дати відповідне доручення щодо отримання цієї інформації уповноваженим ним особам, крім випадків, встановлених законом;
 - 2) отримувати інформацію про умови надання доступу до персональних даних, зокрема інформацію про третіх осіб, яким передаються його персональні дані;
 - 3) на доступ до своїх персональних даних;
 - 4) отримувати не пізніше як за тридцять календарних днів з дня надходження запиту, крім випадків, передбачених законом, відповідь про те, чи обробляються його персональні дані, а також отримувати зміст таких персональних даних;
 - 5) пред'являти вмотивовану вимогу володільцю персональних даних із запереченням проти обробки своїх персональних даних;
 - 6) пред'являти вмотивовану вимогу щодо зміни або знищення своїх персональних даних будь-яким володільцем та розпорядником персональних даних, якщо ці дані обробляються незаконно чи є недостовірними;
 - 7) на захист своїх персональних даних від незаконної обробки та випадкової втрати, знищення, пошкодження у зв'язку з умисним приховуванням, ненаданням чи несвоєчасним їх наданням, а також на захист від надання відомостей, що є недостовірними чи ганьблять честь, гідність та ділову репутацію фізичної особи;
 - 8) звертатися із скаргами на обробку своїх персональних даних до Уповноваженої або до суду;
 - 9) застосовувати засоби правового захисту в разі порушення законодавства про захист персональних даних;
 - 10) вносити застереження стосовно обмеження права на обробку своїх персональних даних під час надання згоди;
 - 11) відкликати згоду на обробку персональних даних;
 - 12) знати механізм автоматичної обробки персональних даних;
 - 13) на захист від автоматизованого рішення, яке має для нього правові наслідки.

II. ІНФОРМАЦІЯ ВІДПОВІДНО ДО ВИМОГ СТАТТІ 12 ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО ФІНАНСОВІ ПОСЛУГИ ТА ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ РИНКІВ ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ»:

Право клієнта на інформацію. Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Кардіф» згідно статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» до укладання договорів страхування надає Вам наступну інформацію:

1) Про фінансову послугу, що пропонується надати клієнту, із зазначенням вартості цієї послуги для клієнта, якщо інше не передбачено законами з питань регулювання окремих ринків фінансових послуг:

Фінансова послуга, яка пропонується Вам, є послугою зі страхування.

Представник Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «Кардіф» до укладання договору страхування інформує Вас про умови страхування, в тому числі ціну послуги зі страхування.

Дана послуга, при Вашій згоді, може бути надана Вам Приватним акціонерним товариством «Страхова компанія «Кардіф» шляхом укладання відповідного договору страхування.

Ціна послуги зі страхування залежить від умов страхування, зазначених у Вашому договорі страхування, який надається Вам для вивчення перед підписанням (наприклад: від предмету договору страхування, страхових випадків, розміру страхової суми, строку страхування тощо).

Ціна послуги зі страхування, яку пропонує Вам представник Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «Кардіф», визначена у відповідності з нормативними актами у сфері страхування та відповідними правилами страхування Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «Кардіф».

2) Про умови надання додаткових фінансових послуг та їх вартість:

Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Кардіф» при здійсненні своєї страхової діяльності не надає додаткових фінансових послуг.

3) Про порядок сплати податків і зборів за рахунок фізичної особи в результаті отримання фінансової послуги:

Відповідно до пп. 165.1.27 п. 165.1 ст. 165 р. IV Податкового кодексу України (далі - Кодекс) до загального місячного (річного) оподаткованого доходу платника податку не включаються сума страхової виплати, страхового відшкодування або викупна сума, отримана платником податку за договором страхування від страховика-резидента, іншого ніж довгострокове страхування життя (у тому числі страхування довічних пенсій) та недержавне пенсійне забезпечення, у разі виконання таких умов:

а) під час страхування життя або здоров'я платника податку у разі:

- дожиття застрахованої особи до дати чи події, передбаченої договором страхування життя, чи досягнення віку, передбаченого таким договором;

- викупна сума в частині, що не перевищує суму внесених страхових платежів за договором страхування життя, іншого, ніж довгострокове страхування життя;

- в разі страхового випадку - факт заподіяння шкоди застрахованій особі повинен бути належним чином підтверджений. Якщо застрахована особа помирає, сума страхової виплати, яка належить вигодонабувачам або спадкоємцям, оподатковується за правилами та ставками, встановленими для оподаткування спадщини (вигодонабувач прирівнюється до спадкоємця);

б) під час страхування майна сума страхового відшкодування не може перевищувати вартість застрахованого майна, визначену за звичайними цінами на дату укладення страхового договору, збільшену на суму сплачених страхових платежів (страхових внесків, страхових премій);

в) під час страхування цивільної відповідальності сума страхового відшкодування не може перевищувати розмір шкоди, фактично заподіяної вигодонабувачу (бенефіціару), яка визначається за звичайними цінами на дату такої страхової виплати.

Порядок застосування підпункту 165.1.27 Кодексу визначається Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг.

4) Про правові наслідки та порядок здійснення розрахунків з фізичною особою внаслідок дострокового припинення надання фінансової послуги:

Припинення дії договору страхування здійснюється у випадках та на умовах, передбачених договором страхування, з урахуванням відповідних умов статті 28 Закону України «Про страхування», відповідно до умов якої дія договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі: а) закінчення строку дії; б) виконання страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі; в) несплати страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки. При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору; г) ліквідації страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»; г) ліквідації страховика у порядку, встановленому законодавством України; д) прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним; е) в інших випадках, передбачених законодавством України.

Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою страхувальника або страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування. Дія договору особистого страхування не може бути припинена страховиком достроково, якщо на це немає згоди страхувальника, який виконує всі умови договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами договору та законодавством України.

Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

У разі дострокового припинення дії договору страхування, крім договору страхування життя, за вимогою страхувальника страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога страхувальника обумовлена порушенням страховиком умов договору страхування, то останній повертає страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

У разі дострокового припинення договору страхування, крім страхування життя, за вимогою страховика страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога страховика обумовлена невиконанням страхувальником умов договору страхування, то страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування.

Конкретний розмір нормативних витрат на ведення справи визначається у договорі страхування та/або правилах страхування в залежності від виду страхування.

Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення договору страхування.

5) Про механізм захисту фінансовою установою прав споживачів та порядок урегулювання спірних питань, що виникають у процесі надання фінансової послуги:

Механізм захисту фінансовою установою прав споживачів.

Захист прав споживачів Приватним акціонерним товариством «Страхова компанія «Кардіф» здійснюється шляхом дотримання вимог законодавства України, що регулює страхову діяльність, та законодавства про захист прав споживачів.

Порядок урегулювання спірних питань, що виникають у процесі надання фінансової послуги.

Урегулювання спірних питань та спори між страхувальниками і страховою компанією по договорах страхування вирішуються шляхом переговорів. Якщо сторони не досягнуть згоди по спірних питаннях, то вирішення спорів здійснюється у порядку, встановленому договором страхування та чинним законодавством України.

Крім цього, Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Кардіф», як член Української федерації ubezpieczenia, надає можливість захисту прав споживачів в Українській федерації ubezpieczenia, де запроваджено систему розгляду скарг на дії страхових компаній – членів Української федерації ubezpieczenia. З детальною інформацією щодо дії системи розгляду скарг на дії страхових компаній можна ознайомитись на сайті Української федерації ubezpieczenia за наступною адресою: <http://www.ufu.org.ua/>.

6) Про реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (адреса, номер телефону тощо), а також реквізити органів з питань захисту прав споживачів:

Органом, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг, є:

Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг:

Адреса: 01001, м. Київ-1, вул. Б. Грінченка, 3. Офіційний сайт: nfp.gov.ua.

Контактні телефони:

Телефон довідкової телефонної служби: (044) 234-39-46, (044) 234-99-07.

Інші контактні телефони наведені на офіційному сайті: nfp.gov.ua.

Органами, що здійснюють захист прав споживачів, є:

Державна інспекція України з питань захисту прав споживачів:

Адреса: 03680, м. Київ-150, вул. Горького, 174. Офіційний сайт: www.dsiu.gov.ua.

Контактні телефони: 528-73-07, 226-29-71;

Відділ звернень громадян та доступу до публічної інформації: (044) 528-84-74.

Інші контактні телефони наведені на офіційному сайті: www.dsiu.gov.ua.

Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг:

Адреса: 01001, м. Київ-1, вул. Б. Грінченка, 3. Офіційний сайт: nfp.gov.ua.

Контактні телефони:

Телефон довідкової телефонної служби: (044) 234-39-46, (044) 234-99-07.

Інші контактні телефони наведені на офіційному сайті: nfp.gov.ua.

7) Про розмір винагороди фінансової установи у разі, коли вона пропонує фінансові послуги, що надаються іншими фінансовими установами:

Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Кардіф» не пропонує фінансові послуги, що надаються іншими фінансовими установами, а надає лише власні послуги зі страхування на підставі відповідних ліцензій на здійснення добровільних видів страхування:

Серія, номер	Дата видачі	Види діяльності
АВ № 520997	11.02.2010 р.	Ліцензія на право здійснення страхової діяльності у формі добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби
АВ № 520998	11.02.2010 р.	Ліцензія на право здійснення страхової діяльності у формі добровільного страхування майна [крім залізничного, наземного, повітряного, водного транспорту (морського внутрішнього та інших видів водного транспорту), вантажів та багажу (вантажобагажу)]
АВ № 520999	11.02.2010 р.	Ліцензія на право здійснення страхової діяльності у формі добровільного страхування від нещасних випадків
АВ № 521000	11.02.2010 р.	Ліцензія на право здійснення страхової діяльності у формі добровільного страхування фінансових ризиків
АД № 039975	02.11.2012 р.	Ліцензія на право здійснення страхової діяльності у формі добровільного страхування від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ

III. ІНФОРМАЦІЯ ПРО УМОВИ СТРАХУВАННЯ ТА ПРАВИЛА СТРАХУВАННЯ:

Ознайомлення страхувальника з умовами та правилами страхування згідно вимог Закону України «Про страхування».

Страховальник може ознайомитися з відповідними умовами:

- а) в місцях продажу страхових послуг;
- б) на сайті Приватного АТ «СК «Кардіф» за адресом: www.cardif.com.ua;
- в) на сайтах партнерів (страхових агентів) Приватного АТ «СК «Кардіф».