

**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**

**Голова правління  
АСК «Дністер»  
Ривак А.І.**

---

**« 14 » січня 2017 р.**

**ПРАВИЛА  
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ  
ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ**

**(нова редакція)**

**№ 1**

**м. Львів – 2017 р.**

## 1. ТЕРМІНОЛОГІЯ

1.1. В цих «Правилах добровільного страхування від нещасних випадків» Публічного акціонерного товариства «Акціонерна страхова компанія «Дністер», надалі – Правила, вживаються наступні терміни:

**Вигодонабувач** - фізична або юридична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладенні Договору страхування для одержання страхових виплат при настанні страхового випадку. Страхувальник має право за згодою Застрахованої особи замінювати Вигодонабувача до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

**Втрата кінцівки або ока** – травматичне ушкодження здоров'я Застрахованої особи, що призвело до ампутації (видаленню) або повної втрати функціональної здатності однієї або декількох кінцівок (очей). При цьому під кінцівкою слід розуміти руку (вище кисті) та ногу (вище стопи).

**Договір страхування** - це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання Страхового випадку здійснити Страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування (подати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати Страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

В цих Правилах Договір страхування – це Договір добровільного страхування від нещасних випадків Публічного акціонерного товариства «Акціонерна страхова компанія «Дністер».

**Застрахована особа** - фізична особа, про страхування якої за її згодою укладається Договір страхування і яка може набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

**Каренція** - період, що починається з дати укладання Договору страхування і триває протягом часу, обумовленого Договором страхування, протягом якого Страховик не приймає до розгляду заяви про страхові випадки та не здійснює страхові виплати по страховим випадкам, що відбулись у цей період.

Особливості встановлення Каренції визначаються цими Правилами і/або Договором страхування.

**МСЕК** – Медико-соціальна експертна комісія.

**Медико-соціальна допомога (послуги)** – медична та/або соціальна допомога (послуги), що надається Застрахованій особі відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку. Під медико-соціальними послугами слід розуміти послуги догляду і опікування, що надаються Застрахованій особі при настанні страхового випадку середнім медичним персоналом у стаціонарному відділенні лікувально-профілактичного закладу або вдома у порядку та у обсягах, передбачених цими Правилами та Договором страхування.

**Непрацездатність** – це стан здоров'я (функцій організму) Застрахованої особи, обумовлений травмою, який унеможливує виконання роботи визначеного обсягу, професії без шкоди для її здоров'я.

**Нещасний випадок** - раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана та не залежна від волі Застрахованої особи і/або Вигодонабувача зовнішня подія, що фактично відбулась протягом строку дії Договору страхування і призвела до тілесного ушкодження або іншого розладу здоров'я Застрахованої особи чи її смерті.

**Постійна втрата працездатності** – це повна чи часткова стійка втрата здатності Застрахованої особи до загальної чи професійної праці.

**Працездатність** – це здатність Застрахованої особи до праці, що залежить від стану здоров'я, фізичного, духовного розвитку (розумових та емоційних можливостей), а також професійних знань, уміння і досвіду працівника, що дає йому змогу виконувати роботу визначеного обсягу, характеру та якості.

**Реанімація** – реанімаційне відділення Стаціонару, в якому здійснюється комплекс заходів реанімаційного характеру.

**Стаціонар** – розташований на території України державний або приватний лікувальний заклад, що має ліцензію на надання стаціонарної медичної допомоги населенню, або відділення стаціонару лікувального закладу.

**Хірургічна операція, хірургічне втручання, оперативне втручання** (від лат. operatio - робота, дія) — комплекс дій над тканинами або органами людини, що проводиться лікарем-хірургом з лікувальною метою, а також для діагностики, корекції функцій організму, що виконується за допомогою різних способів роз'єднання та сполучення тканин, у тому числі з використанням температурного впливу (кріохірургії, термокоагуляції та ін.), електричного струму (напр., електрокоагуляції), радіочастотного впливу, енергії лазерного випромінювання, ультразвуку.

**Стійка непрацездатність, Інвалідність** – соціальна недостатність (деадаптація) внаслідок обмеження життєдіяльності людини, яка викликана порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, зокрема, в результаті травми, що призводять до обмеження життєдіяльності, до необхідності в соціальній допомозі і захисті.

Інвалідність як міра втрати здоров'я визначається шляхом експертного обстеження в органах медико-соціальної експертизи (МСЕ) Міністерства охорони здоров'я України. Залежно від ступеню втрати здоров'я встановлюють три групи інвалідності.

**Сторони** - Страховик та Страхувальник за Договором страхування.

**Страхова виплата** - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні Страхового випадку.

**Страхова премія (страховий платіж, страховий внесок)** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно умов договору страхування.

**Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

**Страховий акт** - документ, що складається Страховиком, що підтверджує факт настання страхового випадку і разом із заявою Страхувальника (Застрахованої особи) про здійснення страхової виплати є підставою для здійснення цієї виплати. Страховий акт складається на підставі документів про причини, обставини страхового випадку.

**Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування або законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

**Страховий ризик** – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

**Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

**Страховий платіж (страхова премія, страховий внесок)** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з умовами Договору страхування.

**Страховик** – Публічне акціонерне товариство «Акціонерна страхова компанія «Дністер»».

**Страхувальники** – юридичні чи дієздатні фізичні особи, які уклали із Страховиком Договори страхування або є Страхувальниками відповідно до законодавства України.

**Тимчасова непрацездатність** - це непрацездатність Застрахованої особи спричинена травмою або іншим розладом здоров'я в результаті нещасного випадку, яка має тимчасовий зворотний характер під впливом лікування та реабілітаційних заходів, триває до відновлення працездатності або встановлення групи інвалідності, а в разі інших причин - до закінчення причин відсторонення від роботи.

Тимчасова непрацездатність Застрахованої особи посвідчується листом тимчасової непрацездатності або довідкою встановленого зразка, передбаченими «Інструкцією про порядок видачі документів, які засвідчують тимчасову непрацездатність громадян», затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.11.2001р. №455, зареєстрованою в Міністерстві юстиції України 4 грудня 2001 р. за N 1005/6196.

Для Застрахованої особи у віці до 18 років цей ризик слід розуміти як Тимчасовий розлад функцій організму – стан здоров'я Застрахованої особи зворотного характеру, при якому вона втрачає на відносно невеликий проміжок часу здатність до самообслуговування,

пересування, орієнтації, контролю за власною поведінкою, навчання, спілкування, трудової діяльності.

**Часткова втрата працездатності** - суттєве зниження працездатності (зворотного чи незворотного характеру) внаслідок травматичного ушкодження незалежно від зворотності або незворотності наслідків такого пошкодження.

Для Застрахованої особи у віці до 18 років цей ризик слід розуміти як *Частковий розлад функцій організму* – стан здоров'я Застрахованої особи, що наступив внаслідок травматичного ушкодження (незалежно від зворотності чи незворотності наслідків такого ушкодження), при якому Застрахована особа втрачає на відносно невеликий проміжок часу або постійно здатність до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю за власною поведінкою, навчання, спілкування, трудової діяльності.

## 2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. На підставі Закону України «Про страхування» і цих Правил Публічне акціонерне товариство «Акціонерна страхова компанія «Дністер» (надалі – Страховик) укладає договори добровільного страхування від нещасних випадків (надалі – Договір страхування).

Умови, що містяться в цих Правилах можуть бути змінені (виключені або доповнені) за письмовою згодою Страховика та Страхувальника до настання страхового випадку, за умови, що такі зміни не суперечать чинному законодавству України.

2.2. Відповідно до цих Правил Страховик зобов'язується при настанні страхових випадків виплатити Застрахованій особі або зазначеному у Договорі страхування Вигодонабувачу обумовлену Договором страхування страхову суму повністю або частково незалежно від сум належних йому за соціальним забезпеченням або у порядку відшкодування шкоди.

2.3. Суб'єктами добровільного страхування від нещасних випадків є Страховик, Страхувальник, Застрахована особа.

2.4. Страхувальниками згідно з цими Правилами можуть бути:

а) юридичні особи будь-якої організаційно-правової форми – резиденти та нерезиденти України;

б) дієздатні фізичні особи – громадяни України, іноземні громадяни, особи громадянства, які перебувають в Україні на законних підставах.

2.5. Страхувальники - юридичні особи можуть укладати Договори страхування лише на користь фізичних осіб, зазначених у Договорі страхування як Застраховані особи, за їх згодою.

2.6. Страхувальники – дієздатні фізичні особи можуть укладати Договори страхування відносно себе або інших фізичних осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Якщо Договір страхування укладено Страхувальником про власне страхування, то він одночасно є Застрахованою особою.

2.7. Застрахована особа – фізична особа, про страхування якої та за згодою якої на підставі цих Правил укладається Договір страхування і яка може набувати прав й обов'язків Страхувальника відповідно до умов Договору страхування.

Застрахованими можуть бути особи від моменту народження і до моменту, коли їх вік на дату закінчення строку дії Договору страхування не перевищує 65 років. Якщо вік Застрахованої особи перевищує 65 років, то вона може бути застрахована на спеціальних умовах, зазначених у Договорі страхування.

2.8. Відповідно до цих Правил не можуть бути застрахованими: інваліди I-ої групи; особи, що знаходяться на обліку в психоневрологічному, наркологічному диспансері; фізичні особи, визнані судом недієздатними у порядку, визначеному Цивільним Кодексом України.

У випадку, якщо така особа буде зазначена в Договорі страхування як Застрахована особа, події, що відбулися з нею, не є страховими випадками незалежно від причин, з яких така особа зазначена у Договорі страхування. При цьому Договір страхування вважається припиненим з дати, коли такі обставини стали відомі Страховикові, за згодою сторін, а страхова премія, сплачена за Договором, підлягає поверненню.

2.9. При укладенні Договору страхування Страхувальник за згодою Застрахованої особи має право призначити фізичних або юридичних осіб (далі - Вигодонабувачів) для отримання страхових виплат. Страхувальник може замінити Вигодонабувача до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Якщо у Договорі страхування Вигодонабувач не зазначений, Вигодонабувачем згідно з Договором страхування є Застрахована особа. У випадку смерті Застрахованої особи в результаті нещасного випадку виплачується спадкоємцеві (спадкоємцям) Застрахованої особи.

2.10. Ці Правила регулюють загальні умови страхування від нещасних випадків і порядок укладання Договору страхування. Конкретні умови страхування від нещасних випадків визначаються при укладанні Договору страхування за згодою Сторін і повинні не суперечити чинному законодавству України.

### **3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

3.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

### **4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ**

4.1. Страховими ризиками, на випадок настання яких проводиться страхування відповідно до цих Правил, є:

4.1.1. смерть Застрахованої особи в результаті нещасного випадку,

4.1.2. постійна втрата Застрахованою особою працездатності (для Застрахованої особи у віці до 18 років цей ризик слід розуміти як стійкий розлад функцій організму) в результаті нещасного випадку:

- встановлення інвалідності 1-ої групи;

- встановлення інвалідності 2-ої групи;

- встановлення інвалідності 3-ої групи;

4.1.3. тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності (для Застрахованої особи у віці до 18 років цей ризик слід розуміти як тимчасовий розлад функцій організму) в результаті нещасного випадку (незалежно від зворотності чи незворотності наслідків ушкоджень) у зв'язку з отриманням травм, передбачених «Таблицею страхових виплат при тілесних ушкодженнях» (Додаток 2 до Правил);

4.1.4. тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності (для Застрахованої особи у віці до 18 років цей ризик слід розуміти як тимчасовий розлад функцій організму) в результаті нещасного випадку;

4.1.5. тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності (для Застрахованої особи у віці до 18 років цей ризик слід розуміти як тимчасовий розлад функцій організму) в результаті нещасного випадку у зв'язку з необхідністю:

а) проведення стаціонарного лікування (у тому числі в умовах реанімації);

б) проведення хірургічного втручання, передбаченого «Таблицею страхових виплат при хірургічних втручаннях» (Додаток 3 до Правил);

4.1.6. тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності (повна або часткова) в результаті нещасного випадку у зв'язку з необхідністю надання Застрахованій особі медико-соціальних послуг;

4.1.7. втрата Застрахованою особою кінцівки або ока в результаті нещасного випадку.

4.2. Згідно з цими Правилами нещасним випадком визнається раптова, випадкова, короткочасна, непередбачена та не залежна від волі Застрахованої особи зовнішня подія (у тому числі протиправні дії третіх осіб), що фактично відбулась і призвела до смерті, тілесного ушкодження або іншого розладу здоров'я Застрахованої особи, а саме: *травматичні ушкодження тканин і органів організму з порушенням їхньої цілісності та функцій, деформацією або порушенням опорно-рухового апарату, спричиненими зовнішнім впливом (травми); поранення; анафілактичний шок; асфіксія внаслідок випадкового потрапляння в дихальні шляхи чужорідного тіла або рідини; утоплення; ураження блискавкою, електричним струмом; тепловий удар; опіки (крім сонячних); обмороження; перегрівання;*

*переохолодження; укуси тварин, комах, змії і т. ін.; випадкове отруєння газами, промисловими та побутовими хімічними речовинами, отруйними рослинами, ліками, недоброякісними продуктами харчування (за винятком інфекційних хвороб); задушення; травми, отримані у процесі руху транспортних засобів в результаті їх аварії, при користуванні машинами, інструментами, механізмами, знаряддями праці; захворювання на сказ, правець, ботулізм, малярію, кліщовий енцефаліт, поліомієліт, гематогенний остеомієліт; інші раптові, випадкові, короточасні, непередбачені та незалежні від волі Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача) зовнішні події, передбачені Договором страхування, наслідками яких є розлад здоров'я або смерть Застрахованої особи.*

4.3. За згодою Страховика та Страхувальника у Договорі страхування поняття нещасного випадку може бути розширено або звужено у переліку раптових, випадкових, короточасних, непередбачуваних та незалежних від волі Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача) зовнішніх подій, що можуть призвести до смерті, тілесного ушкодження або іншого розладу здоров'я Застрахованої особи.

4.4. Особливості включення в Договір страхування окремих страхових ризиків, зазначених у п. 4.1 цих Правил.

4.4.1. Договором страхування може бути передбачено страхування ризику постійної втрати працездатності Застрахованої особи в результаті нещасного випадку (п. 4.1.2) тільки на випадок встановлення інвалідності 1-ої групи, або на випадок встановлення 2-ої чи 3-ої групи інвалідності.

4.4.2. Не допускається, якщо інше не передбачено в Договорі страхування, одночасне страхування для однієї Застрахованої особи:

- а) ризику, передбаченого п. 4.1.2, з ризиками, зазначеними у п. 4.1.6 та п. 4.1.7;
- б) ризику, передбаченого п. 4.1.3, з ризиками, зазначеним у пп. 4.1.4, 4.1.5 та п. 4.1.7;
- в) ризику, передбаченого п. 4.1.4, з ризиками, зазначеними у пп. 4.1.5 - 4.1.7;
- г) ризику, передбаченого п. 4.1.5, з ризиками, зазначеними у пп. 4.1.3, 4.1.4, 4.1.6, 4.1.7.

4.4.3. Ризики, зазначені у пп. 4.1.2 - 4.1.7, окремо на страхування не приймаються.

4.5. Згідно з цими Правилами страховими випадком визнається передбачена Договором страхування подія з переліку, наведеного у п. 4.1 цих Правил (за винятком подій, зазначених у розділі 5 Правил), якщо така подія є наслідком нещасного випадку, що мав місце протягом строку дії Договору страхування, та яка підтверджена документами, виданими компетентними установами (медичними закладами, правоохоронними установами, судом та ін.) у встановленому законодавством порядку, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

4.6. Події, передбачені пп. 4.1.1 та 4.1.2 Правил, визнаються страховими випадками, якщо такі події наступили протягом одного року з дати настання нещасного випадку, що мав місце протягом строку дії Договору страхування (якщо інше не встановлено Договором страхування), та якщо такі події є його прямими наслідками.

4.7. Події, передбачені пп. 4.1.3 – 4.1.7 Правил, визнаються страховим випадками, якщо такі події відбулись протягом 30 днів з дати настання нещасного випадку, що мав місце протягом строку дії Договору страхування, незалежно від того, чи закінчився строк дії Договору страхування на момент настання страхового випадку, чи ні (якщо інше не встановлено Договором страхування), та якщо такі події є прямими наслідками нещасного випадку.

4.8. Договором страхування, укладеним на випадок настання події, передбаченої п. 4.1.3 цих Правил, може бути передбачено страхування за скороченим переліком тілесних ушкоджень або за окремими видами тілесних ушкоджень в результаті нещасного випадку. Конкретний перелік тілесних ушкоджень, на випадок настання яких здійснюється страхування, зазначається у Договорі страхування.

4.9. Договором страхування, укладеним на випадок настання події, передбаченої п. 4.1.5 а) цих Правил, може бути передбачено страхування за скороченим переліком хірургічних операцій або за окремими видами хірургічних операцій в результаті нещасного випадку. Конкретний перелік хірургічних операцій, на випадок настання яких здійснюється страхування, зазначається у Договорі страхування.

4.10. Конкретний перелік страхових випадків узгоджується Страхувальником і Страховиком при укладенні Договору страхування і зазначається у Договорі страхування.

## **5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

5.1. Страховими випадками не визнаються події, передбачені п. 4.1 цих Правил, якщо такі події стали наслідком:

5.1.1. керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом без права на керування або у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, або передачі Страхувальником (Застрахованою особою) керування особі, яка перебувала в стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, або особі, яка не мала права керувати даним транспортним засобом;

5.1.2. добровільного вживання Застрахованою особою алкоголю, будь-яких замінників алкоголю, наркотичних, токсичних, сильнодіючих, психотропних речовин і/або лікарських засобів без припису лікаря відповідної кваліфікації (за винятком випадків насильницького застосування таких речовин по відношенню до Застрахованої особи третіми особами);

5.1.3. безпосередньої участі Застрахованої особи в народних хвилюваннях, локаутах, страйках, бунтах, революціях, інших порушеннях громадського порядку, військових діях (крім випадків виконання своїх прямих посадових обов'язків);

5.1.4. самогубства або спроб самогубства Застрахованої особи, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до самогубства протиправними діями третіх осіб;

5.1.5. заподіяння Застрахованою особою самій собі тілесних ушкоджень (членоушкодження);

5.1.6. перебування Застрахованої особи в місцях позбавлення волі у період відбування покарання або знаходження під слідством;

5.1.7. будь-якого нещасного випадку, травмування чи іншого ушкодження здоров'я Застрахованої особи, що мали місце поза строком та місцем дії Договору страхування;

5.1.8. будь-яких професійних чи загальних захворювань Застрахованої особи.

5.2. Не визнаються страховими випадками події, передбачені п. 4.1.5 цих Правил, якщо такі події:

5.2.1. наступили внаслідок офіційно визнаних випадків епідемій, природних лих (катастроф), прямого чи побічного впливу атомної енергії, радіації;

5.2.2. прямо чи побічно пов'язані з ВІЛ-інфекцією, венеричними хворобами; паралічами, епілептичними припадками (крім випадків, коли такі паралічі або епілептичні припадки стали наслідками нещасного випадку, передбаченого Договором страхування), психічними хворобами, наркоманією, токсикоманією, алкоголізмом;

5.2.3. пов'язані з вагітністю, пологами, штучним перериванням вагітності; з операціями по зміні статі, по стерилізації або лікуванню безпліддя;

5.2.4. пов'язані з косметичними операціями, за виключенням усунення косметичних вад, отриманих Застрахованою особою в результаті нещасного випадку, шляхом хірургічного втручання, передбаченого Договором страхування, або усунення неминучих наслідків у вигляді косметичних порушень внаслідок хірургічного втручання, здійсненого при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування;

5.2.5. спричинили хірургічні втручання (п. 4.1.5 б) діагностичного, профілактичного і/або експериментального характеру; що здійснені хірургом без відповідної кваліфікації та/або що не передбачені Договором страхування.

5.3. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать чинному законодавству.

## **6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

6.1. Договір страхування укладається на погоджений Страхувальником і Страховиком строк.

Строк дії Договору страхування зазначається у Договорі страхування.

6.2. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Датою сплати Страхувальником страхового платежу є дата зарахування відповідної суми грошових коштів на поточний рахунок Страховика.

6.3. Дія Договору страхування закінчується о 24-й годині дати, зазначеної у Договорі страхування як дата закінчення строку дії Договору страхування, якщо інші обставини, передбачені розділом 15 цих Правил, не призвели до дострокового припинення дії Договору страхування.

6.4. Страховий захист згідно з Договором страхування може діяти:

6.4.1. 24 години на добу;

6.4.2. під час виконання Застрахованою особою своїх службових обов'язків, за виключенням час шляху до місця виконання службових обов'язків роботи та час шляху у зворотному напрямку.

Часом виконання службових обов'язків вважається час виконання Застрахованою особою обов'язків за трудовим договором як на території Страхувальника, так і поза зазначеною територією в інтересах Страхувальника;

6.4.3. під час виконання Застрахованою особою своїх службових обов'язків, включаючи час прямування Застрахованої особи до місця виконання своїх службових обов'язків та час на дорогу у зворотному напрямку;

6.4.4. під час навчання в учбовому закладі;

6.4.5. під час занять спортом;

6.4.6. в інший час, обумовлений Договором страхування за згодою сторін.

6.5. Для окремих страхових випадків у Договорі страхування може бути встановлений період очікування (каренції). Тривалість періоду очікування (каренції) обумовлюється Договором страхування.

Протягом періоду очікування (каренції) у разі звернення Застрахованої особи до Страховика з приводу настання страхових випадків страхові виплати не здійснюються.

6.6. Місцем дії Договору страхування є територія України, якщо інше не обумовлено Договором страхування.

## **7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ І ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ**

7.1. Страхова сума – це грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

Страхова сума, встановлена по страховому ризику, зазначеному у п. 4.1.6 цих Правил, є граничним рівнем страхового забезпечення, що виплачується Страховиком при настанні відповідного страхового випадку.

7.2. Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання Договору страхування або внесення змін до Договору страхування, або у випадках, передбачених чинним законодавством.

7.3. Страхова сума може бути встановлена по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, Договору страхування у цілому.

7.4. При одночасному колективному страхуванні страхова сума зазначається окремо на кожну Застраховану особу, зазначену в Договорі страхування.

7.5. При настанні страхового випадку страхові виплати здійснюються Страховиком у наступних розмірах:

7.5.1. За страховим випадком, передбаченим п. 4.1.1 цих Правил («Смерть Застрахованої особи в результаті нещасного випадку»), страхова виплата здійснюється у розмірі 100% страхової суми, встановленої по даному страховому ризику.

7.5.2. За страховим випадком, передбаченим п. 4.1.2 цих Правил («Постійна втрата Застрахованою особою працездатності в результаті нещасного випадку»), страхова виплата здійснюється у наступних розмірах:

а) при встановленні Застрахованій особі 1-ої групи інвалідності – 100% страхової суми по даному страховому ризику;

б) при встановленні Застрахованій особі 2-ої групи інвалідності – до 90% страхової суми по даному страховому ризику;



в) при встановленні Застрахованій особі 3-ої групи інвалідності – до 60% страхової суми по даному страховому ризику;

7.5.2.1. Конкретні розміри страхових виплат залежно від ступеню постійної втрати працездатності Застрахованої особи в результаті нещасного випадку зазначаються у Договорі страхування. У будь-якому випадку розмір таких виплат не може бути меншим за 50% страхової суми, встановленої Договором страхування по даному страховому ризику.

7.5.2.2. При встановленні Застрахованій особі протягом одного року з моменту настання нещасного випадку більш важкого ступеню інвалідності страхова виплата здійснюється з урахуванням раніше виплачених страхових сум по ризику постійної втрати працездатності у зв'язку з одним і тим же нещасним випадком.

7.5.2.3. У будь-якому випадку розмір всіх страхових виплат, здійснених по ризику постійної втрати Застрахованою особою працездатності в результаті нещасних випадків, що мали місце протягом строку дії Договору страхування, не може перевищувати страхову суму, встановлену Договором страхування по даному страховому ризику.

7.5.3. При настанні страхового випадку, передбаченого п. 4.1.3 цих Правил («Тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності у зв'язку з отриманням травм, передбачених «Таблицею розмірів страхових виплат при тілесних ушкодженнях»), страхова виплата здійснюється одноразово у розмірі відповідного відсотка страхової суми відповідно до «Таблиці розмірів страхових виплат при тілесних ушкодженнях» (Додаток 2 до цих Правил) або умов Договору страхування.

7.5.3.1. При одночасному пошкодженні різних органів Застрахованої особи в результаті одного нещасного випадку розмір страхової виплати розраховується окремо по кожному пошкодженню, а потім підсумовується. При цьому сумарний розмір страхової виплати не повинен перевищувати 75,0% страхової суми, встановленої по даному страховому ризику, якщо інше не обумовлено Договором страхування. Якщо розмір страхової виплати по одній з травм перевищує 75,0% страхової суми, то страхова виплата здійснюється у найбільшому розмірі, встановленому по найбільш важкій травмі, відповідно до «Таблиці розмірів страхових виплат при тілесних ушкодженнях» (Додаток 2 до цих Правил) або умов Договору страхування.

7.5.3.2. При визначенні розміру страхової виплати по тілесному ушкодженню із суми страхової виплати утримується та її частина, що була виплачена раніше по такому тілесному ушкодженню.

7.5.3.3. Якщо є підстави для здійснення страхової виплати за декількома пунктами однієї статті, то страхова виплата здійснюється за пунктом, що передбачає найбільший розмір виплати.

7.5.3.4. Розмір страхових виплат за всіма страховими випадками, що відбулись протягом строку дії Договору страхування по ризику тимчасової втрати Застрахованою особою працездатності у зв'язку з отриманням травм, передбачених «Таблицею страхових виплат при тілесних ушкодженнях» (п. 4.1.3 Правил) або умовами Договору страхування, не може перевищувати страхову суму, встановлену Договором страхування по даному страховому ризику.

7.5.3.5. Тілесні ушкодження, по яким здійснюється страхова виплата відповідно до даного пункту Правил, повинні бути підтверджені довідкою травмпункту чи травматологічного відділення лікувального закладу, виданою протягом 24-х годин з моменту настання нещасного випадку.

7.5.4. При настанні страхового випадку, передбаченого п. 4.1.4 цих Правил («Тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності в результаті нещасного випадку»), страхова виплата здійснюється залежно від умов Договору страхування у розмірі від 0,1 до 2,0% страхової суми за кожен день тимчасової непрацездатності, але в межах страхової суми, встановленої Договором страхування по даному страховому ризику. При цьому:

7.5.4.1. Договором страхування може бути обмежена кількість днів тимчасової непрацездатності Застрахованої особи, за які здійснюється страхова виплата.

7.5.4.2. Договором страхування може бути обумовлений період очікування (каренції) - проміжок часу (кількість днів тимчасової непрацездатності), за який страхова виплата не

здійснюється. Тривалість періоду очікування (каренції) встановлюється у межах від 0 до 30 днів та зазначається у Договорі страхування.

7.5.4.3. Розмір страхових виплат за всіма страховими випадками, що відбулись протягом строку дії Договору страхування по страховому випадку тимчасової втрати Застрахованою особою працездатності в результаті нещасного випадку, не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором страхування по даному страховому ризику.

7.5.5. При настанні страхового випадку, передбаченого підпунктами а) та б) пункту 4.1.5 цих Правил («Тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності в результаті нещасного випадку у зв'язку з необхідністю проведення стаціонарного лікування (у тому числі в умовах реанімації) і/або проведення хірургічного втручання») розміри страхових виплат визначаються наступним чином:

7.5.5.1. У зв'язку з необхідністю стаціонарного лікування в результаті нещасного випадку (п. 4.1.5а) Правил страхова виплата здійснюється у розмірі 1,0% страхової суми, встановленої по даному страховому ризику, за кожний день стаціонарного лікування, включаючи перебування Застрахованої особи в реанімації, або в іншому розмірі, обумовленому Договором страхування.

7.5.5.2. При настанні страхового випадку, передбаченого п. 4.1.5а) цих Правил, Договором страхування може бути встановлений наступний розмір страхових виплат:

а) у розмірі 2,0% страхової суми, встановленої по даному страховому ризику, за кожний день перебування Застрахованої особи в реанімації;

б) у розмірі 1,0% страхової суми по даному страховому ризику за кожний день стаціонарного лікування, за винятком днів перебування Застрахованої особи в реанімації.

7.5.5.3. Договором страхування може бути обмежена загальна кількість днів стаціонарного лікування у зв'язку з нещасним випадком, за які Страховиком здійснюється страхова виплата.

7.5.5.4. Страхова виплата по ризику, передбаченому п. 4.1.5 а) цих Правил, здійснюється після закінчення періоду очікування тривалістю від 0 до 3-х днів (тобто починаючи з першого, другого чи третього дня лікування Застрахованої особи у стаціонарі). Тривалість періоду очікування встановлюється у Договорі страхування.

7.5.5.5. Розмір всіх страхових виплат за всіма страховими випадками по ризику, передбаченому п. 4.1.5а) Правил, що відбулись протягом строку дії Договору страхування, не може перевищувати страхову суму, встановлену Договором страхування по даному ризику.

7.5.5.6. У зв'язку з необхідністю проведення хірургічного втручання в результаті нещасного випадку страхова виплата здійснюється одноразово у розмірі відсотка страхової суми, встановленої по даному страховому ризику, відповідно до «Таблиці розмірів страхових виплат при хірургічних втручаннях» (Додаток 3 до цих Правил), або відповідно до умов Договору страхування.

7.5.5.7. У разі необхідності двох або більше хірургічних операцій, проведених під час одного хірургічного втручання, страхова виплата здійснюється у розмірі найбільшого відсотка страхової суми, що підлягає виплаті за найбільш важку хірургічну операцію, відповідно до «Таблиці розмірів страхових виплат при хірургічних втручаннях» (Додаток 3 до цих Правил) або умов Договору страхування.

7.5.5.8. Якщо хірургічне втручання, здійснене в результаті нещасного випадку, не зазначене у «Таблиці розмірів страхових виплат при хірургічних втручаннях» (Додаток 3 до цих Правил), страхова виплата здійснюється відповідно до п. 7.5.5.1 цих Правил.

7.5.5.9. Розмір всіх страхових виплат за всіма страховими випадками, що відбулись протягом строку дії Договору страхування по ризику тимчасової втрати працездатності в результаті нещасного випадку у зв'язку з необхідністю проведення хірургічного втручання, не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором страхування по даному страховому ризику.

7.5.6. При настанні страхового випадку, передбаченого пунктом 4.1.6 цих Правил («Тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності (повна або часткова) в результаті нещасного випадку у зв'язку з необхідністю надання Застрахованій особі медико-соціальних послуг») страхова виплата здійснюється наступним чином:

7.5.6.1. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату за надану Застрахованій особі медико-соціальну допомогу, передбачену цими Правилами та/або Договором страхування, на підставі відповідних рахунків закладу, що надавав таку допомогу Застрахованій особі, або здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі, якщо Застрахована особа за погодженням Страховика самостійно оплатила вартість медико-соціальної допомоги, організованої Страховиком.

7.5.6.2. Страхова виплата за надану Застрахованій особі медико-соціальну допомогу здійснюється Страховиком в межах страхової суми, встановленої Договором страхування по даному страховому ризику, за період непрацездатності Застрахованої особи, але не більше ніж за 10 днів з дати початку надання таких послуг (або за інший період, встановлений у Договорі страхування).

Страхова виплата за надану Застрахованій особі медико-соціальну допомогу здійснюється за послуги, що надаються починаючи з дати, наступної за датою проведення Страховиком першої страхової експертизи по даному страховому випадку (згідно з п. 10.2.1 цих Правил), до дати, наступної за датою проведення страхової експертизи, яка встановлює відновлення працездатності Застрахованої особи.

У будь-якому разі Страховик не здійснює страхову виплату за медико-соціальні послуги, надані Застрахованій особі у період з дати настання страхового випадку до дати повідомлення про настання страхового випадку.

7.5.6.3. Договором страхування може бути передбачений особливий порядок здійснення страхової виплати за надані Застрахованій особі медико-соціальні послуги, наприклад, тільки за медико-соціальні послуги, надані під час перебування Застрахованої особи в стаціонарі і т.ін.

7.5.7. При настанні страхового випадку, передбаченого пунктом 4.1.7 цих Правил («Втрата Застрахованою особою кінцівки або ока в результаті нещасного випадку») розміри страхових виплат визначаються наступним чином:

а) при втраті однієї кінцівки або одного ока – у розмірі 50% страхової суми, встановленої по даному ризику;

б) при втраті обох кінцівок чи обох очей – у розмірі 100% страхової суми, встановленої по даному ризику;

в) при втраті однієї кінцівки та одного ока – у розмірі 100% страхової суми, встановленої по даному ризику.

7.6. Якщо страхова сума встановлена за Договором страхування в цілому і за таким Договором страхування раніше здійснювались страхові виплати, то страхова виплата здійснюється Страховиком за вирахуванням всіх раніше здійснених страхових виплат за всіма страховими випадками, що мали місце протягом строку дії Договору страхування.

7.7. Страхові тарифи обчислюються Страховиком шляхом актуарних розрахунків.

Базові страхові тарифи по добровільному страхуванню від нещасних випадків зазначені у Додатку 1 до цих Правил.

7.8. Конкретний розмір страхового тарифу за Договором страхування обчислюється на підставі базових страхових тарифів з урахуванням чинників, що впливають на ступінь страхового ризику, зокрема, віку Застрахованої особи, її професії або роду занять, виду спорту, яким вона займається, строку дії Договору страхування, часу дії страхового захисту та ін., шляхом множення базового страхового тарифу на понижуючі або підвищуючі коефіцієнти. Обчислений таким чином при укладенні Договору страхування страховий тариф зазначається у Договорі страхування.

7.9. Страховий платіж обчислюється шляхом множення страхової суми, встановленої у Договорі страхування, на ставку страхового тарифу, визначеного згідно з пунктом 7.7 цих Правил, та зазначається у Договорі страхування.

7.10. При одночасному колективному страхуванні страховий тариф і страховий платіж розраховуються окремо на кожну Застраховану особу та зазначаються у Договорі страхування.

7.11. Страховий платіж сплачується Страхувальником одноразово при укладенні Договору страхування, якщо інше не обумовлено Договором страхування. Строк сплати страхового платежу зазначається у Договорі страхування.

7.12. Договором страхування може бути передбачена сплата Страхувальником страхового платежу декількома частинами. При цьому строки сплати першої і кожної наступної частини страхового платежу зазначаються у Договорі страхування.

7.13. Страховий платіж сплачується Страхувальником відповідно до статті 19 Закону України «Про страхування»: Страхувальник-резидент згідно з укладеним Договором страхування має право вносити страхові платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник-нерезидент - іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

Якщо дія Договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.

7.14. Страхувальник може сплатити страховий платіж за Договором страхування шляхом безготівкового переказу на поточний рахунок або готівкою в касу Страховика.

Датою сплати страхового платежу вважається:

7.14.1. дата зарахування грошових коштів на поточний рахунок Страховика - при безготівкових розрахунках;

7.14.2. дата сплати готівкових коштів у касу Страховика – при розрахунках готівкою.

## **8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

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

8.2. У заяві Страхувальника про намір укласти Договір страхування Страхувальник на запит Страховика зобов'язаний надати відповіді на всі поставлені запитання, повідомити Страховику про всі відомі Страхувальнику обставини, що мають суттєве значення для визначення ймовірності настання страхового випадку.

Суттєвими визнаються обставини, детально описані Страховиком у типовому Договорі страхування (страховому полісі, страховому сертифікаті, страховому свідоцтві), заяві (анкеті) про намір укласти Договір страхування чи у письмовому запиті Страховика.

8.3. Договір страхування може бути укладений про страхування однієї особи або одночасно декількох осіб.

У разі, якщо Страхувальник укладає Договір страхування одночасно на користь декількох осіб, разом із заявою про намір укласти Договір страхування Страхувальник надає Страховику список таких осіб із зазначенням їх прізвищ, імен, дат народження, адрес.

8.4. При укладанні Договору страхування на користь третіх осіб Страхувальник надає Страховику документальне підтвердження письмової згоди таких осіб на страхування.

Якщо Договір страхування укладається на користь недієздатних або частково дієздатних осіб, Страховику надається письмова згода батьків, опікунів або піклувальників.

8.5. При укладенні Договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника інформацію і/або документи, необхідні для оцінки страхового ризику, (документи медичних закладів, компетентних установ та ін.).

Страхувальник (Застрахована особа), підписуючи Договір страхування, підтверджує цим свою згоду та надає право Страховику відповідно до законодавства отримувати, збирати, обробляти, реєструвати, накопичувати, зберігати, змінювати, поновлювати, використовувати і поширювати (розповсюджувати, передавати) інформацію, яка, відповідно до законодавства, становить персональні дані Страхувальника (Застрахованої особи), включаючи інформацію медичного характеру; заносити таку інформацію до баз персональних даних з подальшим внесенням до Державного реєстру баз персональних даних. Використання і поширення інформації, що становить персональні дані Страхувальника (Застрахованої особи), здійснюється виключно в межах, необхідних для забезпечення виконання Страховиком умов Договору страхування та/або захисту інтересів Страхувальника (Застрахованої особи).

8.6. У разі необхідності при укладанні Договору страхування Страховик може здійснювати додаткове анкетування та/або призначити медичне обстеження особи (осіб), про страхування якої (яких) укладається Договір страхування.

8.7. У разі відмови Страхувальника або особи, про страхування якої укладається Договір, відповісти на запитання анкети або пройти медичне обстеження на вимогу Страховика Страховик може відмовити Страхувальнику або такій особі в укладенні Договору страхування.

8.8. Договір страхування укладається у письмовій формі шляхом складання одного однойменного документу.

8.9. Факт укладання договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (страховим полісом, страховим сертифікатом), що є формою Договору страхування.

8.10. Письмова заява Страхувальника про намір укласти Договір страхування, анкета про стан здоров'я, а також результати додаткового медичного обстеження (якщо обстеження здійснювалось) особи (осіб), на користь якої (яких) укладається Договір страхування, є невід'ємною частиною укладеного Договору страхування.

## **9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

### **9.1. Страховик зобов'язаний:**

9.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування та цими Правилами;

9.1.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

9.1.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування;

9.1.4. за заявою Страхувальника, у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або у разі наміру Страхувальника збільшити страхову суму переукласти з ним Договір страхування;

9.1.5. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення розміру заподіяної шкоди життю або здоров'ю Застрахованої особи, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

9.1.6. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.

### **9.2. Страховик має право:**

9.2.1. при укладенні Договору страхування вимагати від Страхувальника інформацію, що необхідна для оцінки ступеню страхового ризику;

9.2.2. перевіряти відомості, надані Страхувальником при укладенні Договору страхування; отримати від Страхувальника (Застрахованої особи) будь-які додаткові відомості про предмет Договору страхування, у разі необхідності вимагати від Застрахованої особи пройти за власний кошт медичний огляд у вказаних Страховиком медичних закладах або лікаря;

9.2.3. самостійно з'ясувати причини і обставини страхового випадку; з цією метою направляти запити у медичні заклади, компетентні установи (включаючи судові інстанції) з метою отримання відповідних висновків та/або документів, призначати незалежну експертизу страхового випадку, вимагати від Застрахованої особи пройти медичний огляд у призначених Страховиком медичних закладах;

9.2.4. у разі зміни ступеню страхового ризику вимагати від Страхувальника переукладення Договору страхування та сплати додаткового страхового платежу;

9.2.5. відмовити у здійсненні страхової виплати відповідно до умов цих Правил та/або Договору страхування;

9.2.6. на внесення змін в умови Договору страхування відповідно до умов цих Правил та/або Договору страхування;

9.2.7. на дострокове припинення дії Договору страхування відповідно до умов цих Правил та/або Договору страхування;

9.2.8. відповідно до законодавства отримувати, збирати, обробляти, реєструвати, накопичувати, зберігати, змінювати, поновлювати, використовувати і поширювати (розповсюджувати, передавати) інформацію, яка, відповідно до законодавства, становить персональні дані Страхувальника (Застрахованої особи), в межах, необхідних для забезпечення виконання Страховиком умов Договору страхування та/або захисту інтересів Страхувальника (Застрахованої особи), заносити таку інформацію до баз персональних даних з подальшим внесенням до Державного реєстру баз персональних даних.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страховика.

### **9.3. Страхувальник зобов'язаний:**

9.3.1. своєчасно вносити страхові платежі;

9.3.2. при укладанні Договору страхування надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику (зокрема, зміну професії Застрахованої особи, місця роботи, про заняття спортом, при колективному страхуванні - про зміну умов праці, що підвищують ризик травматизму і т. ін.);

9.3.3. при укладенні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета Договору страхування;

9.3.4. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

9.3.5. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами договору страхування.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

### **9.4. Страхувальник має право:**

9.4.1. одержати будь-які роз'яснення за укладеним Договором страхування і цими Правилами;

9.4.2. при укладенні Договору страхування призначити за згодою Застрахованої особи фізичних або юридичних осіб (Вигодонабувачів) для отримання страхових виплат, а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування;

9.4.3. у разі настання страхового випадку одержати страхову виплату відповідно до умов Договору страхування;

9.4.4. на внесення змін в умови Договору страхування відповідно до умов цих Правил;

9.4.5. на дострокове припинення Договору страхування відповідно до умов цих Правил;

9.4.6. оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у страховій виплаті або розмір страхової виплати, здійсненої Страховиком при настанні страхового випадку;

9.4.7. отримати дублікат Договору страхування (страхового полісу, сертифікату, свідоцтва) в разі його втрати.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страхувальника.

9.5. Договором страхування можуть бути передбачені права та обов'язки Застрахованої особи, зокрема, щодо зобов'язання своєчасно повідомляти про настання страхового випадку, про обставини, що суттєво впливають на ступінь страхового ризику, та ін.

## **10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

10.1. При настанні страхових випадків, передбачених пп. 4.1.1 – 4.1.5 і 4.1.7 цих Правил, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) вчиняє наступні дії:

10.1.1. звернутися за допомогою до медичного закладу (лікарні, травм пункту і т. ін.) або інших компетентних установ (відповідно до характеру події) та дотримуватись рекомендацій лікаря чи представників компетентних установ;

10.1.2. не пізніше 3 (трьох) робочих днів з моменту, коли Страхувальнику про це стало відомо (якщо інше не обумовлено Договором страхування) повідомити Страховика за

телефонами або за адресою, зазначеними у Договорі страхування (страховому полісі, страховому сертифікаті, страховому свідоцтві), про настання страхового випадку. У разі смерті Страхувальника (Застрахованої особи) в результаті нещасного випадку повідомити Страховика про страховий випадок повинен Вигодонабувач або спадкоємці Застрахованої особи.

10.1.3. надати Страховику всі необхідні документи здійснення страхової виплати, передбачені Договором страхування і/або цими Правилами;

10.1.4. на вимогу Страховика надати представнику Страховика можливість проведення медичного огляду Застрахованої особи.

10.2. Порядок дій Страхувальника і Страховика при настанні страхового випадку за ризиком, зазначеним у п. 4.1.6 цих Правил («Тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності (повна або часткова) в результаті нещасного випадку у зв'язку з необхідністю надання Застрахованій особі медико-соціальних послуг»):

10.2.1. При настанні страхового випадку, передбаченого п. 4.1.6 цих Правил, Страховик протягом 1 (однієї) доби з моменту отримання повідомлення про страховий випадок проводить експертизу стану здоров'я Застрахованої особи. При цьому тривалість проведення експертизи не може перевищувати однієї доби з моменту її початку.

10.2.2. В результаті проведеної експертизи Страховик на підставі отриманої інформації оформлює страховий акт, в якому зазначається, за які медико-соціальні послуги, передбачені Договором страхування, та за який період буде здійснена страхова виплата.

10.2.3. Якщо на підставі отриманої під час проведення експертизи інформації можливо зробити висновок, що Застрахована особа не потребує надання їй медико-соціальної допомоги відповідно до умов Договору страхування та цих Правил, Страховик складає Акт про відмову у страховій виплаті по даному страховому випадку.

При цьому Страховик може проводити повторні експертизи для встановлення необхідності надання Застрахованій особі медико-соціальної допомоги у подальшому.

10.2.4. При проведенні страхової експертизи за ризиком, передбаченим у п. 4.1.6 цих Правил, Страховик в особі довіреного лікаря може оглянути Застраховану особу, задавати їй питання про стан здоров'я, з метою встановлення ступеню втрати функцій організму просити Застраховану особу виконати ті чи інші дії, ознайомитись з медичними документами про її стан здоров'я, особисто спілкуватись з її лікуючим лікарем та іншим медичним персоналом, вчиняти інші дії з метою встановлення причин і обставин страхового випадку.

10.2.5. При проведенні страхової експертизи Застрахована особа повинна надати на вимогу довіреного лікаря Страховика всю необхідну інформацію про стан свого здоров'я. а також про обставини страхового випадку.

Якщо Застрахована особа відмовилась від проведення страхової експертизи або надала Страховику неповну або неправдиву інформацію про стан свого здоров'я та про обставини страхового випадку, Страховик має право відмовити у страховій виплаті.

10.3. Обов'язки Страхувальника, зазначені в цих Правилах і в договорі страхування, укладеному на підставі цих Правил, рівною мірою поширюються на Застраховану особу (Вигодонабувача), якщо інше не передбачено договором страхування. Невиконання Застрахованою особою (Вигодонабувачем) цих обов'язків спричиняє ті ж наслідки, що і невиконання їх Страхувальником.

10.4. Укладання договору страхування на користь Застрахованої особи (Вигодонабувача) не звільняє Страхувальника від виконання обов'язків за договором страхування.

## **11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

11.1. Документами, що підтверджують настання страхового випадку, є:

а) письмова заява встановленого Страховиком зразка з вимогою про здійснення страхової виплати (заява про страхову виплату);

б) примірник або копія Договору страхування (страхового полісу, страхового сертифікату, страхового свідоцтва);

в) акт про нещасний випадок (форми Н-1 у разі виробничого травматизму; форми НТ у разі невиробничого травматизму, форми Н-Н, якщо нещасний випадок стався під час навчально-виховного процесу у навчальному закладі) та/або документи компетентних установ, що підтверджують факт настання нещасного випадку;

г) висновки незалежної експертизи (за наявності), результати медичного обстеження, здійсненого на вимогу Страховика (при необхідності);

д) документи, що посвідчують особу - одержувача страхової виплати:

- для фізичної особи: паспорт, свідоцтво про народження, довідка про присвоєння ідентифікаційного коду фізичній особі;

- для юридичної особи: витяг з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб підприємців та громадських формувань, документ, що підтверджує повноваження представника юридичної особи діяти від її імені;

- у разі отримання страхової виплати довіреною особою Страхувальника (Застрахованої особи) - доручення, видане Страхувальником (Застрахованою особою) довірений особі;

- якщо страховий випадок стався із Застрахованою особою, яка є недієздатною або частково дієздатною, – документи, що посвідчують її законних представників або Вигодонабувача (якщо Вигодонабувач був призначений за Договором страхування);

11.1.1. за страховим випадком, зазначеним у п. 4.1.1 цих Правил («Смерть Застрахованої особи в результаті нещасного випадку»):

а) свідоцтво про смерть Застрахованої особи, видане органом РАЦС або іншим уповноваженим на те державним органом, або його нотаріально засвідчена копія;

б) офіційний медичний висновок про смерть (або посмертний епікриз), виданий медичною установою, де була зареєстрована смерть, або інший документ, що встановлює причину і обставини смерті, виданий медичною установою, органом РАЦС (довідка про смерть) або іншим уповноваженим державним органом;

в) витяг з протоколу судово-медичного дослідження або патологоанатомічного розтину (якщо патологоанатомічний розтин не проводився – копія заяви родичів про відмову від розтину та копія довідки патологоанатомічного відділення, на підставі якої видається свідоцтво про смерть), із зазначенням діагнозу та інформацією по вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові Застрахованої особи;

г) виписка з медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого медичного закладу, в якому проводилось лікування Застрахованої особи,

д) довідка про травму з травм пункту чи травматологічного відділення лікувального закладу із зазначенням діагнозу та інформацією про вміст алкоголю, наркотичних, токсичних речовин в крові Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або відразу після нього;

е) виписка з медичної карти амбулаторного хворого з інформацією про наявність у Застрахованої особи травм чи хвороб до моменту укладання Договору страхування;

є) нотаріально завірена копія свідоцтва про спадщину спадкоємця (якщо в Договорі страхування не зазначений Вигодонабувач);

11.1.2. за страховим випадком, зазначеним у п. 4.1.2 цих Правил («Постійна втрата Застрахованою особою працездатності в результаті нещасного випадку: встановлення інвалідності 1-ої, 2-ої, 3-ої групи»):

а) висновок МСЕК про встановлення Застрахованій особі групи інвалідності;

б) виписка з амбулаторної чи стаціонарної карти хворого лікувального закладу (виписний епікриз), що направив Застраховану особу на МСЕК;

в) копія листа тимчасової непрацездатності чи відповідної довідки лікувального закладу, в якому проводилось лікування, обстеження Застрахованої особи;

г) довідка про травму з травм пункту чи травматологічного відділення лікувального закладу із зазначенням діагнозу та інформацією по вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або відразу після нього;

д) виписка з медичної карти амбулаторного хворого з інформацією про наявність у Застрахованої особи травм чи хвороб до моменту укладання Договору страхування;



11.1.3. за страховим випадком, зазначеним у п. 4.1.3 цих Правил («Тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності у зв'язку з отриманням травм, передбачених «Таблицею страхових виплат при тілесних ушкодженнях»):

а) копія листа непрацездатності чи відповідної довідки лікувального закладу, в якому проводилось лікування, обстеження Застрахованої особи;

б) довідка про травму з травм пункту чи травматологічного відділення лікувального закладу із зазначенням діагнозу та інформацією по вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або відразу після нього;

в) виписка з медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого лікувального закладу (виписний епікриз);

г) виписка з медичної карти амбулаторного хворого з інформацією про наявність у Застрахованої особи травм чи хвороб до моменту укладання Договору страхування;

11.1.4. за страховим випадком, зазначеним у п. 4.1.4 цих Правил («Тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності в результаті нещасного випадку»):

а) лист тимчасової непрацездатності чи відповідна довідка лікувального закладу, в якому проводилось лікування, обстеження Застрахованої особи,;

б) довідка про травму з травм пункту чи травматологічного відділення лікувального закладу із зазначенням діагнозу та інформацією по вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або відразу після нього;

в) виписка з амбулаторної або стаціонарної карти хворого лікувального закладу (виписний епікриз);

г) виписка з медичної карти амбулаторного хворого з інформацією про наявність у Застрахованої особи травм чи хвороб до моменту укладання Договору страхування;

11.1.5. за страховим випадком, зазначеним у п. 4.1.5 цих Правил («Тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності в результаті нещасного випадку у зв'язку з необхідністю стаціонарного лікування і/або проведення хірургічного втручання»):

а) лист непрацездатності чи відповідна довідка лікувального закладу, в якому проводилось лікування, обстеження Застрахованої особи;

б) довідка про травму з травм пункту чи травматологічного відділення лікувального закладу; із зазначенням діагнозу та інформацією по вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або відразу після нього;

в) виписка з історії хвороби (медичної карти стаціонарного хворого) лікувального закладу (виписний епікриз) з інформацією про діагноз, строки лікування Застрахованої особи у стаціонарі та/або проведення хірургічної операції з приводу ушкоджень, отриманих в результаті нещасного випадку;

г) виписка з медичної карти амбулаторного хворого з інформацією про наявність у Застрахованої особи травм чи хвороб до моменту укладання Договору страхування;

11.1.6. за страховим випадком, зазначеним у п. 4.1.6 цих Правил («Тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності (повна або часткова) в результаті нещасного випадку у зв'язку з необхідністю надання Застрахованій особі медико-соціальних послуг»):

а) лист непрацездатності чи відповідна довідка лікувального закладу, в якому проводилось лікування, обстеження Застрахованої особи;

б) довідка про травму з травм пункту чи травматологічного відділення лікувального закладу; із зазначенням діагнозу та інформацією по вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або відразу після нього;

в) виписка з історії хвороби (медичної карти стаціонарного хворого) лікувального закладу (виписний епікриз) з інформацією про діагноз, строки лікування Застрахованої особи у стаціонарі та/або проведення хірургічної операції з приводу ушкоджень, отриманих в результаті нещасного випадку;

г) виписка з медичної карти амбулаторного хворого з інформацією про наявність у Застрахованої особи травм чи хвороб до моменту укладання Договору страхування;

д) рахунки закладу, що надавав медико-соціальну допомогу Застрахованій особі, квитанції, чеки або інші документи про її оплату;

11.1.7. за страховим випадком, зазначеним у п. 4.1.7 цих Правил («Втрата Застрахованою особою кінцівки або ока в результаті нещасного випадку»):

а) лист непрацездатності чи відповідна довідка лікувального закладу, в якому проводилось лікування, обстеження Застрахованої особи;

б) довідка про травму з травмпункту чи травматологічного відділення лікувального закладу; із зазначенням діагнозу та інформацією по вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або відразу після нього;

в) виписка з історії хвороби (медичної карти стаціонарного хворого) лікувального закладу (виписний епікриз) з інформацією про діагноз, строки лікування Застрахованої особи у стаціонарі, проведення хірургічної операції з приводу ушкоджень, отриманих в результаті нещасного випадку;

г) виписка з медичної карти амбулаторного хворого з інформацією про наявність у Застрахованої особи травм чи хвороб до моменту укладання Договору страхування.

11.2. Страховик залишає за собою право змінити перелік документів, передбачених пунктом 11.1 цих Правил, а також обґрунтовано запросити у Страхувальника (Застрахованої особи) і/або Вигодонабувача додаткові документи, якщо з урахуванням конкретних обставин їхня відсутність унеможливує встановлення факту, причин і обставин настання страхового випадку.

11.3. Конкретний перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку, зазначається у Договорі страхування.

11.4. З метою з'ясування причин і обставин настання страхового випадку Страховик має право вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) пройти додаткове медичне обстеження, а Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний(на) пройти таке обстеження.

11.5. Договором страхування може бути встановлений строк, протягом якого Страховику повинна надійти від Страхувальника, Застрахованої особи, її спадкоємця або Вигодонабувача письмова заява про страхову виплату та документи, що підтверджують настання страхового випадку.

## **12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

12.1. Страхова виплата при настанні страхового випадку здійснюється Страховиком відповідно до умов Договору страхування на підставі письмової заяви одержувача страхової виплати (Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача, спадкоємця Застрахованої особи у разі її смерті) та страхового акту, що складається Страховиком на підставі документів, що підтверджують настання страхового випадку (згідно з розділом 11 цих Правил).

12.2. Страхова виплата може здійснюватись представнику Застрахованої особи за дорученням, оформленим відповідно до порядку, встановленого законом.

12.3. Якщо Застрахованою є неповнолітня особа, одержувачами страхової виплати згідно з умовами Договору страхування є її законні представники або Вигодонабувачі (якщо вони призначені).

12.4. Страхова виплата здійснюється Страховиком її одержувачу протягом 10-ти (десяти) робочих днів з дати прийняття відповідного рішення безготівковим переказом на банківський рахунок, поштовим переказом на поштову адресу, готівкою через касу Страховика та ін.

12.5. Страхова виплата здійснюється Страховиком у грошовій одиниці України. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасно здійснену страхову виплату шляхом сплати пені, розмір якої зазначається в Договорі страхування.

Якщо дія Договору страхування поширюється на іноземну територію, відповідно до укладених Страховиком угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.

## **13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

13.1. Рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхових виплат приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати одержання всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку.

13.2. Якщо за фактом настання страхового випадку правоохоронними органами відкрито кримінальне провадження проти Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача (спадкоємця) і ведеться розслідування, Страховик має право подовжити строк прийняття свого рішення на строк визначений договором страхування, але не більше 60 робочих днів.

13.3. Про продовження строку прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати Страховик повідомляє особу, що подала заяву про страхову виплату, письмово з обґрунтуванням причин протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання всіх необхідних документів.

13.4. Рішення Страховика про відмову у здійсненні страхових виплат повідомляється особі, що подала заяву про страхову виплату, у письмовій формі із зазначенням підстав для повної або часткової відмови у страховій виплаті протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття відповідного рішення.

#### **14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

14.1. Причинами відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

14.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, 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 страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

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

14.1.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

14.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником, без поважних на це причин, про настання страхового випадку або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

14.1.5. інші випадки, передбачені законом.

14.2. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.

14.3. Відмову Страховика у страховій виплаті може бути оскаржено у суді.

#### **15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

15.1. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

15.1.1. закінчення строку його дії;

15.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

15.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки. При цьому дія договору страхування і страхового захисту припиняється з 24 годин 00 хвилин дати, що зазначена як дата сплати страхового платежу (його частини), та відновлюється з 00 годин 00 хвилин дати, наступної за датою сплати зазначеного страхового платежу (його частини), якщо інше не передбачено договором страхування. Датою сплати страхового платежу визнається дата надходження коштів на розрахунковий рахунок або в касу Страховика;

15.1.4. 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»;

15.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

15.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

15.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

15.2. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші випадки припинення дії договору страхування, якщо це не суперечить чинному законодавству України.

15.3. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування.

15.4. 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.

15.5. У разі дострокового припинення дії договору страхування 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.

15.6. У разі дострокового припинення договору страхування 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. У випадку невиконанням Страхувальником умов договору страхування, Страховик має право припинити дію договору страхування без дотримання встановленого п. 15.4. цих Правил терміну.

15.7. В особливих випадках (крім випадків дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника, що обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування) Страховик, при розрахунку страхового платежу, що підлягає поверненню Страхувальнику у разі дострокового припинення дії договору страхування, має право не вираховувати нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу.

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

## **16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

16.1. Всі спори за Договором страхування, розв'язуються шляхом переговорів.

16.2. У випадку недосягнення згоди спори передаються на розгляд до суду у порядку та згідно з правилами, передбаченими законодавством України.

## **17. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН**

17.1. За невиконання або виконання неналежним чином прийнятих на себе зобов'язань за Договором страхування Сторони несуть відповідальність відповідно до законодавства України.

17.2. У разі несвоєчасного здійснення страхової виплати Страховик сплачує Страхувальнику (Вигодонабувачу) пеню, розмір якої зазначається у Договорі страхування.

## **18. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

18.1. Протягом строку дії Договору страхування його умови можуть бути змінені та/або доповнені окремими положеннями за згодою Страховика і Страхувальника та на підставі письмової заяви однієї із сторін.

Всі зміни та доповнення до Договору страхування оформлюються Сторонами письмово у вигляді додаткових угод до діючого Договору страхування, які є його невід'ємними частинами.

Якщо будь-яка зі сторін не згодна на внесення змін у Договір, протягом 10 (десяти) робочих днів, якщо інше не встановлено Договором страхування, вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

18.2. Сторони не несуть відповідальності за невиконання чи неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором страхування, якщо буде доведено, що таке невиконання (неналежне виконання) обумовлено дією обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин), що знаходяться поза контролем сторін та що не можна було передбачити чи уникнути при укладанні Договору страхування.

18.3. Сторона, по відношенню до якої напустили такі обставини, протягом трьох робочих днів повідомляє про це іншу сторону та надсилає відповідні документи, що підтверджують факт настання форс-мажорних обставин, видані компетентними установами.

18.4. Всі повідомлення та відомості, що направляються Сторонами одна одній у зв'язку з укладенням, виконанням або припиненням Договору страхування, повинні бути здійснені в письмовій формі і будуть вважатись наданими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим листом, надані особисто з врученням під розпис відповідальній особі, надані/повідомлені телефоном, телеграфом, телетайпом, телефаксом, електронною поштою та ін. з наступним направленням письмового повідомлення або документів рекомендованим листом, або з доставкою такого письмового повідомлення чи документів посильним, або іншим документованим способом зв'язку.

18.5. Всі повідомлення у зв'язку з виконанням і припиненням Договору страхування направляються сторонами на адреси, що зазначені в Договорі страхування. У випадку зміни адрес і/або реквізитів сторона Договору страхування зобов'язана протягом 5-ти робочих днів повідомити іншу сторону про таку зміну. Якщо сторона не була сповіщена про зміну адреси і/або реквізитів іншої сторони завчасно, то всі повідомлення, спрямовані на колишню адресу, будуть вважатись отриманими з дати їхнього надходження на колишню адресу.

18.6. Всі взаєморозрахунки сторони здійснюють згідно із законодавством України.

18.7. При укладенні договору страхування Сторони можуть домовитись про зміни чи виключення окремих положень Правил і про включення в договір страхування умов, що відрізняються від положень Правил страхування, якщо такі умови чи доповнення не суперечать чинному законодавству України.

18.8. Умови договору страхування мають пріоритет над умовами цих Правил страхування.

18.9. Ці Правила страхування набувають чинності з дня їх реєстрації у Національній комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг.

Додаток 1  
до Правил добровільного  
страхування від нещасних випадків  
(нова редакція) № 1  
від 14 січня 2017 року

### СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. Річні страхові тарифи по добровільному страхуванню від нещасних випадків осіб віком від 18 до 65 років наведені у Таблиці №1.

**Річні страхові тарифи  
по добровільному страхуванню від нещасного випадку,  
% страхової суми**

*Таблиця № 1*

Страхові випадки:	Група ризику (відповідно до Таблиці №2):				
	1-а	2-а	3-я	4-а	5-а
1. Смерть Застрахованої особи в результаті нещасного випадку (п. 4.1.1 Правил)	0,10	0,17	0,23	0,33	1,45
2. Постійна втрата Застрахованою особою працездатності в результаті нещасного випадку: встановлення інвалідності 1-ої, 2-ої, 3-ої групи (п. 4.1.2 Правил)	0,04	0,11	0,18	0,28	0,51
3. Тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності в результаті нещасного випадку (незалежно від зворотності чи незворотності наслідків ушкоджень) у зв'язку з отриманням травм, передбачених «Таблицею страхових виплат при тілесних ушкодженнях» (п. 4.1.3 Правил)	0,34	0,78	1,25	1,43	4,45
4. Тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності в результаті нещасного випадку (п. 4.1.4 Правил)*	0,24	0,63	1,05	1,23	3,90
5. Тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності в результаті нещасного випадку у зв'язку з необхідністю стаціонарного лікування (у тому числі в умовах реанімації) та/або проведення хірургічного втручання (п. 4.1.5 Правил)**	1,75				
6. Тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності (повна або часткова) в результаті нещасного випадку у зв'язку з необхідністю надання Застрахованій особі медико-соціальних послуг	0,24	0,53	0,84	1,30	8,22
7. Втрата Застрахованою особою кінцівки або ока в результаті нещасного випадку (п. 4.1.7 Правил)	0,01	0,03	0,04	0,06	0,19

\***Примітка.** Базовий річний страховий тариф по страховому випадку «Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті нещасного випадку (п. 4.1.4 Правил)» визначено із урахуванням того, що при настанні страхового випадку страхова виплата здійснюється Застрахованій особі у розмірі 0,2% страхової суми за кожен день тимчасової

непрацездатності. При зміні розміру виплати базовий річний страховий тариф підлягає перерахуванню відповідно до умов Договору страхування.

**\*\*Примітка.** Базовий річний страховий тариф по страховому випадку «Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті нещасного випадку у зв'язку з необхідністю стаціонарного лікування (у тому числі в умовах реанімації) та/або проведення хірургічного втручання (п. 4.1.5 Правил)» визначено виходячи з того, що при настанні страхового випадку страхова виплата здійснюється Страховиком відповідно до п.7.5.5.1 та п. 7.5.5.6 цих Правил. При зміні переліку хірургічних операцій чи зміні розміру страхових виплат за день стаціонарного лікування Застрахованої особи базовий річний страховий тариф підлягає перерахуванню відповідно до умов Договору страхування.

2. Групи Застрахованих осіб залежно від ступеню професійного ризику наведені у Таблиці №2.

Таблиця № 2

Групи ризику	Назва професії, виду професійних занять Застрахованої особи
Група ризику 1	Службовці, інженерно-технічні, не зайняті безпосередньо у процесі матеріального виробництва, офісні службовці (секретар; бухгалтер; працівники банку, крім касира); службовці податкових відомств; працівники кадрової служби; працівники освіти (вчителя, вихователі дитячих закладів), працівники медичних закладів (крім працівників бригад швидкої допомоги), оператори-телефоністи, менеджери телефонних продаж; дизайнери; страхові агенти, фінансові консультанти; духовенство; працівники побутового і комунального господарства; домогосподарки, гардеробники; працівники торговельної мережі та харчування; працівники пошти, телеграфу, телефону (крім листонош); працівники по виготовленню виробів без механічної, спеціальної і хімічної обробки; працівники засобів масової інформації (журналісти, теле- і радіоведучі); перекладачі; музиканти, композитори; письменники; юристи; діти до 14 років та непрацюючі пенсіонери; інші особи, що можуть бути прирівняні до цієї групи застрахованих.
Група ризику 2	Особа, які безпосередньо зайняті в процесі виробництва у машинобудівній, деревообробній, легкій, харчовій промисловості, виробництві будівельних матеріалів, електроенергетиці, у сільському господарстві (крім механізаторів), працівники підприємств громадського харчування; працівники охорони здоров'я, працівники відомчої охорони, працівники комунального господарства, сфери побуту, артисти, інші особи, що можуть бути прирівняні до цієї групи застрахованих.
Група ризику 3	Будівельники, працівники залізничного транспорту, особи, які безпосередньо зайняті в процесі виробництва в металургійній промисловості (доменне, прокатне, сталеплавильне та чавунно-ливарне виробництво, лиття кольорових металів), в гірничодобувній промисловості (добування корисних копалин відкритим способом), на нафтоперегонці та нафтоочистці; особи, які працюють на будівельних механізмах, в т.ч. кранівники баштових, плавучих, підйомних та інших кранів, на морському судноплаванні, особовий склад аеродромного обслуговування; артисти цирку (важкоатлети та ін.); особи, які обслуговують водолазні роботи на річках та озерах, професійні мисливці (на суші, річках та озерах), професійні рибалки (на річках та озерах), механізатори у сільському господарстві, інші особи, що можуть бути прирівняні до цієї групи застрахованих.

<b>Група ризику 4</b>	Керівники підприємств; працівники морського транспорту, цивільної авіації (члени авіаційних екіпажів), хімічної промисловості; бурильники нафтових та газових бурових скважин; особи, які обслуговують водолазні роботи на морях і океанах; особи, зайняті у виробництві та зберіганні вибухових, отруйних речовин і шкідливих газів, професійні мисливці (на морях і океанах); професійні рибалки (на морях і океанах); геологи; монтажники будівельних конструкцій, покрівельники; працівники служб безпеки, охоронці, касири, інкасатори, водії інкасаторських машин; журналісти, фото-теле-, кінорепортери, працівники міліції, рятувальники на воді.
<b>Група ризику 5</b>	Будівельники, зайняті на верхолазних і кесонних роботах; особи, які приймають участь у підготовці та проведенні вибухових робіт; особи, які працюють з вибухонебезпечними та отруйними речовинами в лабораторних умовах, водолази, гірники, особовий склад воєнізованих рятувальних служб; пожежники, електрики-високовольтники, працівники рятувальних служб, льотчики – випробувачі, водії-випробувачі, артисти цирку (гімнасти та ін.), дресирувальники диких звірів та інші особи, що можуть бути прирівняні до цієї групи застрахованих.

3. Коефіцієнти, що застосовуються до страхових тарифів залежно від часу дії страхового захисту за Договором страхування, наведені у Таблиці №3:

Таблиця № 3

<b>Час дії страхового захисту*:</b>	<b>Коефіцієнт</b>
1) 24 години на добу (п. 6.4.1 Правил)	1,0
2) час виконання Застрахованою особою своїх службових обов'язків, за виключенням час шляху до місця виконання службових обов'язків роботи та час шляху у зворотному напрямку (п. 6.4.2 Правил):	
а) для працівників, зайнятих фізичною працею	0,38
б) для працівників розумової праці	0,29
3) час виконання Застрахованою особою своїх службових обов'язків, включаючи час прямування Застрахованої особи до місця виконання своїх службових обов'язків та час на дорогу у зворотному напрямку (п. 6.4.3 Правил)	0,65
4) час навчання в учбовому закладі (п. 6.4.4 Правил)	0,38

\*Примітка. При страхуванні на час занять спортом до базових страхових тарифів, зазначених у Таблиці №1 цього Додатку 1, можуть застосовуватись тільки надбавки до страхового тарифу та коефіцієнти, що наведені у Таблицях №№ 4, 5.

4. Надбавки до страхового тарифу (у відсотках до страхового тарифу) залежно від виду спорту, яким займається Застрахована особа

Таблиця № 4

<b>Група ризику</b>	<b>Вид спорту</b>	<b>Страхові ризики:</b>		
		Смерть в результаті нещасного випадку	Постійна втрата працездатності в результаті нещасного випадку	Тимчасова втрата працездатності (травма) в результаті нещасного випадку
<b>Група ризику 1</b>	Танці, подорожі (походи піші) - із спокійним ландшафтом, шахи, шашки	<b>6%</b>	<b>8%</b>	<b>20%</b>



<b>Група ризику 2</b>	Бадмінтон, біатлон, буєрний спорт, волейбол, гімнастика, містечко, легка атлетика, орієнтувальний спорт, вітрильний спорт, лижні гонки, плавання, радіоспорт, теніс, фехтування, інші види спорту, що можуть бути прирівняні до цієї групи	<b>14%</b>	<b>15%</b>	<b>50%</b>
<b>Група ризику 3</b>	Акробатика, баскетбол, батут, бейсбол, важка атлетика, велоспорт (трек, шосе), водне поло, боротьба, водні лижі, гирьовий спорт, веслування, ковзанярський спорт, лижне двоборство, ручний м'яч, стрибки у воду, планерний спорт, стрільба (усі види), фігурне катання, інші види спорту, що можуть бути прирівняні до цієї групи	<b>25%</b>	<b>30%</b>	<b>100%</b>
<b>Група ризику 4</b>	Вело-трек, ковзанярський спорт, стрибки на лижах із трампліну, поло, регбі, сучасне п'ятиборство, спідвей, футбол, хокей (всі види), інші види спорту, що можуть бути прирівняні до цієї групи	<b>35%</b>	<b>40%</b>	<b>130%</b>
<b>Група ризику 5</b>	Ризикові види спорту: альпінізм, бобслей, бокс, дзюдо, кінний спорт, картинг, мотокрос, дельтапланеризм, парашутний спорт, підводний спорт, сноуборд, гірські лижі, роликові ковзани, карате, тхеквондо, фрістайл, інші види спорту, що можуть бути прирівняні до цієї групи	<b>50%</b>	<b>65%</b>	<b>25%</b>

5. Коефіцієнти, що застосовуються до страхових тарифів при колективному страхуванні:

*Таблиця № 5*

<b>Кількість застрахованих осіб</b>	<b>Коефіцієнт</b>
5-10	0,9
11-20	0,87
21 – 30	0,85
31 – 50	0,82
51 – 100	0,8
101 – 250	0,77
251 – 500	0,75
501 – 1000	0,72
понад 1000	0,7

6. Коефіцієнти, що застосовуються до страхових тарифів залежно від кількості страхових ризиків, які одночасно приймаються на страхування.

Таблиця № 6

Кількість страхових ризиків	Коефіцієнт
2	0,9
3 – 4	0,8
5 і більше	0,7

7. Базові річні страхові тарифи по добровільному страхуванню від нещасних випадків дітей (у відсотках страхової суми).

Таблиця № 7

Страхові випадки:	Вік Застрахованої особи		
	з моменту народження - 5 років	6-10 років	10-17 років
1. Смерть Застрахованої особи в результаті нещасного випадку (п. 4.1.1 Правил)	0,10	0,06	0,06
2. Стійкий розлад функцій організму Застрахованої особи в результаті нещасного випадку в результаті нещасного випадку: встановлення інвалідності 1-ої, 2-ої, 3-ої групи (п. 4.1.2 Правил)	0,16	0,26	0,26
3. Тимчасовий розлад функцій організму Застрахованої особи в результаті нещасного випадку (незалежно від зворотності чи незворотності наслідків ушкоджень) у зв'язку з отриманням травм, передбачених «Таблицею страхових виплат при тілесних ушкодженнях» (п. 4.1.3 Правил)	1,11	1,77	1,90
4. Тимчасовий розлад функцій організму Застрахованої особи в результаті нещасного випадку (п. 4.1.4 Правил)	1,62	2,00	2,45
5. Тимчасовий розлад функцій організму Застрахованої особи в результаті нещасного випадку у зв'язку з необхідністю стаціонарного лікування (у тому числі в умовах реанімації) та/або проведення хірургічного втручання (п. 4.1.5 Правил)	1,35		
6. Втрата Застрахованою особою кінцівки або ока в результаті нещасного випадку (п. 4.1.7 Правил)	0,01	0,04	0,04

8. Коефіцієнти, що застосовуються до страхового тарифу при укладанні Договору страхування на строк менше 1 (одного) року (коефіцієнти короткостроковості), наведені у Таблиці №8.

Таблиця № 8

Строк страхування, місяців*	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт	0,25	0,30	0,40	0,50	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,0

\*Примітка. Неповний місяць приймається за повний, крім випадку страхування на строк 15 або менше днів.

9. Норматив витрат на ведення справи врахований при розрахунку страхових тарифів складає 40 %.

10. Кінцевий розмір страхового тарифу в залежності від об'єктивних чинників, які суттєво впливають на ступінь страхового ризику, розраховується за допомогою понижуючих (від 0,01 до 0,99) або підвищуючих (від 1,01 до 7,0) корегувальних коефіцієнтів шляхом множення корегувального коефіцієнту на базовий страховий тариф.

Актуарій

Клименко Юлія Володимирівна  
(Свідоцтво № 01-018 від 19.11.2015 р.)