



Договір добровільного страхування позичальника (договір приєднання)

ОФЕРТА
№ 05/49/01/02 від 11.01.2018 року

м. Київ

11.01.2018 р.

Оферта дійсна виключно для страхування клієнтів АТ «УкрСиббанк» по споживчому кредитуванню

1. СТРАХОВИК: Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «КАРДФ» (ПРАТ «СК «КАРДФ»):
в особі Генерального директора Романенка Олега Олександровича, який діє на підставі Статуту, від імені якого, на підставі укладеного Договору доручення № 1 від 20 лютого 2007 року, діє страховий агент, а саме Публічне акціонерне товариство «УкрСиббанк» (АТ «УкрСиббанк»), в особі Трегубова Бориса Юрійовича та Кучмана Сергія Васильовича, які діють на підставі Довіреності № 12 від 11.01.2018 р. (по тексту - Страховий агент). Адреса: 04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8, тел. 0-800-505-705, (044) 428-61-61, факс (044) 537-42-11, сайт: www.cardif.com.ua. Банківські реквізити: п/р 26503013656301 в АТ «УкрСиббанк», МФО 351005, Ідентифікаційний код 34538696.
2. СТРАХУВАЛЬНИК:
Фізична особа, яка прийняла (акцептувала) в цілому всі умови цього Договору добровільного страхування позичальника (договір приєднання) [оферти № 05/49/01/02 від 11.01.2018 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),
які надалі разом іменуються Сторона, а кожна окремо – Сторона, уклали Договір, який згідно з ч. 1 ст. 207 Цивільного кодексу України складається з тексту Договору [оферти № 05/49/01/02 від 11.01.2018 р.] та Заяви-приєднання, про наступне:
3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА. Застрахованою особою за Договором є Страхувальник виключно у віці від 18 (вісімнадцяти) років та до досягнення ним віку 65 (шістдесят п'ять) років включно від дати його народження (по тексту Договору – Страхувальник).
4. ВИГОДОНАБУВАЧЕМ для отримання страхової виплати за Договором Страхувальником призначається:
ВИГОДОНАБУВАЧ № 1: АТ «УкрСиббанк» на підставі Договору про надання споживчого кредиту, що укладений із Страхувальником та номер і дата укладення якого зазначені в Заяві-приєднанні (далі – Кредитний договір), у випадку наявності заборгованості Страхувальника за Кредитним договором; Адреса: 04070, м. Київ, вул. Андріївська, 2/12. Страхувальник підтверджує, що суму заборгованості за Кредитним договором Страховику може повідомити АТ «УкрСиббанк».
ВИГОДОНАБУВАЧ № 2: Страхувальник на умовах та в порядку, передбачених п. 18 Договору.
5. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ: Майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника.
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://www.cardif.com.ua/upload/oferta05490102 .
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 № 05/49/01/02 від 11.01.2018 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.
6.6. Договір розроблений на підставі Правил добровільного страхування від нещасних випадків (нова редакція), що зареєстровані 25.10.2010 р. (зі змінами), та Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (нова редакція), що зареєстровані 25.10.2010 р. (зі змінами) (надалі разом – Правила).
7. СТРАХОВІ ВИПАДКИ. Страховими випадками є наведені нижче події, які сталися під час дії Договору та які документально підтверджені згідно умов Договору, а саме:
7.1. Смерть або інвалідність (1 або 2 групи) внаслідок хвороби або нещасного випадку (далі по тексту – «Смерть (інвалідність)») – смерть Страхувальника або постійна працездатність Страхувальника (первинне встановлення I або II групи інвалідності) внаслідок нещасного випадку або хвороби, з урахуванням умов п. 19 Договору. «Смерть (інвалідність)» не визнається страховим випадком, якщо встановлене наступне:
1. смерть чи встановлення інвалідності внаслідок хвороби відбулось упродовж 1 (першого) місяця дії Договору за умови, якщо причиною такої смерті або інвалідності була хвороба, яку діагностовано у Страхувальника до дати набрання чинності Договором (в тому числі внаслідок загострення (ускладнення) хронічної хвороби);
2. самогубство (спроба самогубства) Страхувальника, що сталося протягом перших 2 (двох) місяців з дати початку дії Договору;
3. грубе порушення Страхувальником правил дорожнього руху, правил техніки безпеки, правил пожежної безпеки;
4. захворювання на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо вони діагностовані медичним закладом протягом 1 (першого) місяця з дати початку дії Договору;
5. новоутворення, хвороби ендокринної системи, якщо відповідний діагноз встановлено медичним закладом протягом перших 3 (трьох) місяців з дати початку дії Договору;
6. спадкові та генетичні хвороби;
7. вагітність, пологи, викидень, ускладнення, які виникли внаслідок абортів, вагітності та пологів, крім позаматкової вагітності, якщо факт такої позаматкової вагітності встановлено не раніше ніж через 3 (три) місяці з дати початку дії Договору;
8. будь-які косметичні процедури чи операції, пластичні операції (в т.ч. викликані ними хвороби).
7.2. Критичне захворювання (далі по тексту – «Критичне захворювання») – встановлення Страхувальнику не раніше 61 (шістдесят 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. 19 Договору. 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.
7.2.1. Визначення кожного із вищевказаних Критичних захворювань наведено у п. 22.1 Договору.
7.2.2. «Критичне захворювання» не визнається страховим випадком, якщо встановлене наступне:
1. будь-які стани (в т.ч. медичні), нещасні випадки, хвороби, що були діагностовані (встановлені діагнози) та/або мали місце до початку дії Договору (включаючи їх наслідки, рецидиви або ускладнення);
2. будь-який стан, хвороба (захворювання), що прямо або опосередковано пов'язані із синдромом набутого імунodefіциту (СНІД) або вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ);
3. всі винятки або обмеження, передбачені у визначеннях Критичного захворювання згідно умов п. 22.1 Договору;
4. планові хірургічні втручання або будь-яка косметична хірургія (в т.ч. будь-які косметичні процедури чи операції, пластичні операції);
5. вроджені чи спадкові вади (хвороби, стани, патологічні процеси й т.п.);
6. спроба самогубства Страхувальником або наслідки спроби самогубства;
7. природні небезпеки (стихійні лиха, дія стихійних або інших природних явищ);
8. необгрунтована відмова Страхувальника від призначень лікаря або невиконання ним призначень лікаря;
9. діагностування (встановлення) у Страхувальника Критичного захворювання не профільним медичним спеціалістом (не лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я);
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. наявність у Страхувальника хвороби або станів, що були діагностовані у Страхувальника до набрання чинності Договором та які стали причиною відповідного Критичного захворювання, а саме:
а) хронічні та вроджені хвороби або стани, що передували Злоякісному новоутворенню (раку), зокрема: будь-які злоякісні або передракові утворення;
б) хронічні та вроджені хвороби або стани, що передували Інсульту, Інфаркту міокарду, Хірургії коронарних артерій зворотним методом (аортно-коронарне шунтування), зокрема: гіпертонія третього ступеню або четвертого ступеню, гемоліфілія, легенева емболія, емболія будь-яких крупних судин, атеросклероз, вроджені пороки серця, цукровий діабет, ожиріння;
в) хронічні та вроджені хвороби або стани, що передували Пересадці життєво важливих органів:
- хронічні хвороби серцево-судинної системи, зокрема: гіпертонія третього ступеню або четвертого ступеню, атеросклероз, гемоліфілія, легенева емболія, емболія будь-яких крупних судин, будь-які вроджені та генетичні хвороби серцево-судинної системи;
- хронічні хвороби дихальної системи, зокрема: туберкульоз, хронічне обструктивне захворювання легень, емфізематозні порушення легень та будь-які вроджені та генетичні хвороби дихальної системи;
- хронічні хвороби 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. діагностування (встановлення) у Страхувальника хвороби або стану, які не підпадають під визначення Критичних захворювань згідно з відповідними умовами п. 22.1 Договору.
7.3. Тимчасова працездатність (перебування на лікарняному) не менше 15 днів внаслідок хвороби або нещасного випадку (далі по тексту – «Тимчасова працездатність») – безперервне перебування Страхувальника на лікуванні внаслідок хвороби або нещасного випадку не менше 15 (п'ятнадцяти) календарних днів поспіль, що підтверджено документально (листом працездатності (для працюючих) або довідкою закладу охорони здоров'я (для непрацюючих)), з урахуванням умов п. 19 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. «Тимчасова працездатність» не визнається страховим випадком, якщо встановлене наступне:
1. перебування Страхувальника на лікуванні внаслідок хвороби відбулось упродовж 1 (першого) місяця дії Договору за умови, якщо причиною такого перебування на лікуванні була хвороба, яку діагностовано у Страхувальника до дати набрання чинності Договором (в тому числі внаслідок загострення (ускладнення) хронічної хвороби);
2. спроба самогубства Страхувальником або наслідки спроби самогубства;
3. вагітність, пологи, всі види абортів, народження дитини, декретний період, догляд за дитиною чи іншою особою, санаторно-курортне лікування;

<p>4. планові хірургічні втручання або будь-яка косметична хірургія (в т.ч. будь-які косметичні процедури чи операції, пластичні операції);</p> <p>5. стерилізація, штучне запліднення, обстеження, діагностування та лікування безпліддя;</p> <p>6. природні небезпеки (стихійні лиха, дія стихійних або інших природних явищ);</p> <p>7. вроджені чи спадкові вади (хвороби, стани, патологічні процеси й т.п.).</p> <p>7.4. Цілодобова госпіталізація не менше 8 днів внаслідок хвороби або нещасного випадку (далі по тексті – «Госпіталізація») – госпіталізація Страхувальника внаслідок хвороби або нещасного випадку (з урахуванням умов п. 19 Договору). При цьому під госпіталізацією розуміється 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. 19 Договору. «Госпіталізація» не визнається страховим випадком, якщо встановлене наступне:</p> <p>1. госпіталізація Страхувальника внаслідок хвороби відбулась упродовж 1 (першого) місяця дії Договору за умови, якщо причиною такої госпіталізації Страхувальника була хвороба, яку діагностовано у Страхувальника до дати набрання чинності Договором (в тому числі внаслідок загострення (ускладнення) хронічної хвороби);</p> <p>2. спроба самогубства Страхувальником або наслідки спроби самогубства;</p> <p>3. вагітність, пологи, всі види абортів, народження дитини, декретний період, догляд за дитиною чи іншою особою, санаторно-курортне лікування;</p> <p>4. планові хірургічні втручання або будь-яка косметична хірургія (в т.ч. будь-які косметичні процедури чи операції, пластичні операції);</p> <p>5. стерилізація, штучне запліднення, обстеження, діагностування та лікування безпліддя;</p> <p>6. природні небезпеки (стихійні лиха, дія стихійних або інших природних явищ);</p> <p>7. вроджені чи спадкові вади (хвороби, стани, патологічні процеси й т.п.);</p> <p>8. перебування Страхувальника в денному стаціонарі; домашній стаціонар (лікування на дому), та/або амбулаторне лікування, та/або лікування без госпіталізації.</p> <p>7.5. Переломи та інші травми (далі по тексті – «Переломи та інші травми») Під страховим випадком «Переломи та інші травми» розуміється тимчасова непрацездатність Страхувальника внаслідок нещасного випадку виключно при наступних травматичних uszkodженнях (з урахуванням умов п. 19 Договору):</p> <p>а) перелом або травматична ампутація кісток плеча, рук та ніг, а саме:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; <p>б) вивих головного мозку (за умови отримання листка непрацездатності (для працюючих) або довідки закладу охорони здоров'я (для непрацюючих));</p> <p>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));</p> <p>г) вивих суглобу внаслідок травми (за умови накладання ортопедичної фіксувальної пов'язки або гіпсу, що має бути документально підтверджено);</p> <p>г) розтягнення зв'язок другого або третього ступеню тяжкості (за умови отримання листка непрацездатності (для працюючих) або довідки закладу охорони здоров'я (для непрацюючих)). При цьому згідно умов Договору:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; - 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. <p>7.5.1. «Переломи та інші травми» не визнається страховим випадком, якщо встановлене наступне:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. спроба самогубства Страхувальником або наслідки спроби самогубства; 2. грубе порушення Страхувальником правил дорожнього руху, правил техніки безпеки, правил пожежної безпеки; 3. вроджені чи спадкові вади (хвороби, стани, патологічні процеси й т.п.); 4. остеопенія, остеопороз, переломи внаслідок таких захворювань, остеопоротичні переломи; 5. 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 пп. г) п. 7.5 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 фіксувальної 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); 6. настання травматичних uszkodжень, які не передбачені переліком, наведеним у пп. а)-г) п. 7.5 Договору. 			
8. СТРАХОВА СУМА по Договору, грн.	9. Розмір одного щомісячного платежу, грн.	10. МІСЯЧНИЙ СТРАХОВИЙ ТАРИФ, %	11. МІСЯЧНИЙ СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ, грн.
Визначається у розмірі 150% від суми наданого Страхувальнику кредиту за Кредитним договором на дату укладення Кредитного договору та зазначається в Заяві-приєднання (з урахуванням умов п. 22.9 Договору)	Для страхових випадків «Тимчасова непрацездатність», «Госпіталізація», «Переломи та інші травми»: визначається у розмірі 100% ануїтетного платежу по Кредитному договору на дату укладення Кредитного договору та зазначається в Заяві-приєднання	0,83	Визначається як добуток страхової суми по Договору та місячного страхового тарифу та зазначається в Заяві-приєднання
12. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ЗА ДОГОВОРОМ. СТРОК ТА УМОВИ СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ ЗА ДОГОВОРОМ:			
12.1. Страховий платіж за Договором розраховується шляхом добутку кількості місяців дії Договору та місячного страхового платежу, розмір якого зазначено у п. 11 Договору, та зазначається в Заяві-приєднання.			
12.2. Страховий платіж за Договором, вказаний в п. 12.1 Договору, є одноразовим і сплачується в повному обсязі за весь строк дії Договору протягом 10 календарних днів (включно) з дати укладення Договору (підписання цієї Заяви-приєднання). Якщо останній день сплати припадає на не робочий день, то така дата переноситься на наступний робочий день.			
13. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ:			
Строк дії Договору встановлюється в межах строку дії Кредитного договору. Дата початку дії Договору та дата закінчення дії Договору визначені у Заяві-приєднанні.			
14. ПОРЯДОК НАБРАННЯ ЧИННОСТІ ДОГОВОРОМ. СТРАХОВИЙ ЗАХИСТ. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ. МІСЦЕ УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ. ДАТА УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ:			
14.1. Договір набирає чинності з дати, визначеної згідно умов п. 13 Договору як дата початку дії Договору, за умови, якщо страховий платіж за Договором, зазначений у п. 12.1 Договору, сплачено Страхувальником одноразово та в повному обсязі Страховику в строк, вказаний в п. 12.2 Договору (з урахуванням умов п. 14.3 Договору). Днем сплати страхового платежу вважається день зарахування коштів на рахунок Страховика.			
14.2. У випадку несплати (або сплати не в повному обсязі) Страхувальником страхового платежу за Договором, що вказаний у п. 12.1 Договору, до дати, визначеної згідно умов п. 12.2 Договору, Договір є таким, що не вступив в дію (не набрав чинності).			
14.3. Початок дії страхового захисту по страховим випадкам. Сторони погодили, що страховий захист по Договору відносно страхових випадків діє:			
а) по страховим випадкам: «Смерть (інвалідність)», «Госпіталізація» та «Переломи та інші травми» – з дати вступу в дію Договору (з урахуванням умов п. 14.4 Договору);			
б) по страховому випадку «Критичне захворювання» – з 61 (шістдесят першого) календарного дня від дати вступу в дію Договору (з урахуванням умов п. 14.4 Договору);			
в) по страховому випадку «Тимчасова непрацездатність» – з 6 (шостого) календарного дня від дати вступу в дію Договору (з урахуванням умов п. 14.4 Договору).			
14.4. Страховик не визнає страховим випадком і не здійснює страхову виплату, якщо подія, яка заявлена Страховику, мала місце до початку дії Договору, або в період між укладенням 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 Страховиком як страховий і страхова виплата по ним не здійснюється.			
14.5. Місце дії Договору (з урахуванням умов п. 19 Договору):			
а) по страховим випадкам: «Смерть (інвалідність)» та «Переломи та інші травми» – будь-яка країна світу;			
б) по страховим випадкам: «Госпіталізація», «Критичне захворювання», «Тимчасова непрацездатність» – Україна.			
14.6. Місцем укладення Договору є місцезнаходження ПрАТ «СК «Кардіф», що зазначене в п. 1 Договору.			
14.7. 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 укладення Договору та підписання Заяви-приєднання, я є повністю працездатним (не є інвалідом I, II, III групи); в мене не діагностовано та я не хворюю 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 Договір та підписуючи Заяву-приєднання, підтверджую і не заперечую, що всі відомості, вказані у Декларації, є достовірними та є невід'ємною частиною Договору і, у разі несправедливості вищезазначеної інформації, ПрАТ «СК «Кардіф» має право відмовити у здійсненні страхової виплати.			
Я, укладаючи Договір та підписуючи Заяву-приєднання, 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 ПрАТ «СК «Кардіф» для проведення процедур, передбачених Законом України «Про страхування» та Договором.			
16. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН:			
16.1. Страховик зобов'язаний:			
1) ознайомити Страхувальника з умовами страхування та Правилами;			
2) протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати відповідно до умов Договору;			
3) при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк та згідно з умовами Договору;			
4) за письмовою заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним Договір;			
5) не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.			
16.2. Страховик має право:			
1) вимагати від Страхувальника (Вигодонабувача) інформацію та документи, необхідні для встановлення факту страхового випадку, обставин та причин його виникнення, а також перевіряти подану Страхувальником (Вигодонабувачем) інформацію, контролювати виконання Страхувальником вимог та умов Договору;			
2) робити запити до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій незалежно від форм власності, що володіють необхідною інформацією про			

<p>виконання умов Договору та обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясувати такі відомості, проводити власне розслідування;</p> <p>3) відсунути прийняття рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у здійсненні страхової виплати, якщо відкрите кримінальне провадження, яке пов'язане із заявленою Страхувальнику подією, – 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 або права Страхувальника (Вигодонабувача) на страхову виплату, – до закінчення власного розслідування страхового випадку Страхувальником та отримання відповідної на запити від компетентних органів, але не строк не більше, ніж 6 (шість) місяців від дати прийняття Страхувальником відповідного рішення щодо тако відстрочення;</p> <p>4) відмовити у страховій виплаті з підстав, передбачених законодавством України та Договором, або зменшити її розмір у випадках, передбачених Договором;</p> <p>5) ініціювати внесення змін до Договору або достроково припинити Договір на умовах, визначених чинним законодавством України та Договором;</p> <p>6) інші права згідно Договору, Правил та законодавства України.</p> <p>16.3. Страхувальник зобов'язаний:</p> <p>1) дотримуватися умов Договору;</p> <p>2) своєчасно вносити страхові платежі в розмірі та строки, визначені Договором;</p> <p>3) при укладанні Договору надати інформацію Страхувальнику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (в т.ч. передбачені п. 15 Договору), і надати 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);</p> <p>4) при укладанні Договору повідомити Страхувальника про інші чинні договори страхування щодо предмета Договору;</p> <p>5) вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих наслідком настання страхового випадку;</p> <p>6) повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк та на умовах, передбачених Договором, а також при настанні страхового випадку виконати дії та надати документи, передбачені п. 17 Договору;</p> <p>7) на вимогу Страховика надати Страхувальнику достовірні відомості про стан свого здоров'я, а також, при необхідності, пройти медичне обстеження у закладах охорони здоров'я, визначених Страхувальником та за його рахунок;</p> <p>8) інформувати Страховика про зміну місця свого фактичного проживання та/або місця реєстрації протягом 2 (двох) робочих днів з моменту настання таких змін;</p> <p>9) надавати документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, в обсязі і строки, передбачені Договором;</p> <p>10) 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»;</p> <p>11) повідомити Страхувальника у письмовій формі про дострокове виконання зобов'язань за Кредитним договором, припинення Кредитного договору, а також про визнання Кредитного договору недійсним;</p> <p>12) ознайомитись з Правилами (в т.ч. розміщеними на сайті Страховика), а також виконувати інші обов'язки згідно умов Договору.</p> <p>16.4. Страхувальник має право:</p> <p>1) на страхову виплату відповідно до умов Договору в розмірі та порядку, передбаченому Договором;</p> <p>2) ініціювати внесення змін до Договору або достроково припинити дію Договору відповідно до умов Договору;</p> <p>3) оскаржити в судовому порядку рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати;</p> <p>4) інші права згідно Договору, Правил та законодавства України.</p>
<p>17. ДІЇ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ:</p> <p>17.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку за Договором, Страхувальник зобов'язаний:</p> <p>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 Страхувальнику письмову Заяву-повідомлення про страховий випадок за формою, встановлену Страхувальником (надалі – Заява). Письмова Заява направляється за адресою Страховика, зазначеною у п. 1 Договору. Форма письмової Заяви отримується у Страховика. Заповнену Заяву необхідно направити на адресу Страховика: 04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8, або подати особисто за вказаною адресою у робочі дні та у робочий час;</p> <p>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;</p> <p>17.1.3. Надати Страхувальнику документи, які підтверджують настання страхового випадку та необхідні для прийняття рішення про страхову виплату, передбачені Договором.</p> <p>17.2. Для підтвердження страхового випадку та для здійснення страхової виплати, в залежності від характеру страхового випадку, Страхувальнику, крім Заяви (п. 17.1 Договору), надаються такі документи:</p> <p>17.2.1. копія Заяви-приєднання; заява на страхову виплату за встановленою Страхувальником формою від Вигодонабувача № 1 та/або Вигодонабувача № 2;</p> <p>17.2.2. 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;</p> <p>17.2.3. при настанні нещасних випадків додатково надаються:</p> <p>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);</p> <p>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, пов'язаних з нещасними випадками, за вимогою Страховика);</p> <p>17.2.4. при настанні страхового випадку «Смерть (інвалідність)» додатково надаються:</p> <p>а) оригінал довідки Медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) про встановлення Страхувальнику I або II групи інвалідності або її нотаріально засвідчена копія;</p> <p>б) оригінал свідоцтва про смерть Страхувальника або його нотаріально засвідчена копія;</p> <p>в) копія довідки про причину смерті Страхувальника;</p> <p>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;</p> <p>17.2.5. при настанні страхових випадків «Госпіталізація», «Тимчасова непрацездатність» додатково надаються:</p> <p>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;</p> <p>б) копія листа непрацездатності (для працюючих) або довідки закладу охорони здоров'я (для непрацюючих), підписаної відповідальною особою та завіреної печаткою закладу охорони здоров'я;</p> <p>17.2.6. при настанні страхового випадку «Переломи та інші травми» додатково надаються:</p> <p>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 ампутації) або вивиху суглобу. Крім цього, при настанні травми вивиху суглобу, обов'язково надається документальне підтвердження факту проведення медичної маніпуляції при вивиху суглобу – накладання ортопедичної фіксувальної пов'язки або гіпсу (наприклад: в призначеннях лікаря має бути необхідність накладання ортопедичної фіксувальної пов'язки або гіпсу в зв'язку з вивихом суглобу; медичний документ, наданий Страхувальнику, має підтверджувати факт накладання ортопедичної фіксувальної пов'язки або гіпсу);</p> <p>б) копія листа 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; розтягнення зв'язок другого або третього ступеню тяжкості;</p> <p>17.2.7. при настанні страхового випадку «Критичне захворювання» додатково надаються:</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 загальної 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, етіології та патогенезу такого захворювання; <p>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);</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - загального фізичного стану Страхувальника у такий період; - поставлених за такий час діагнозів (в т.ч. щодо наявності заявленого Критичного захворювання, включаючи дані про наявність виданих направлень на обстеження з приводу його діагностування) і дат їх постановки, запропонованого й проведеного лікування, дат госпіталізації і їх причин; - встановлених груп інвалідності у такий період у Страхувальника; - фактів та причин направлення у такий період Страхувальника на МСЕК чи до спеціалізованих закладів охорони здоров'я або спеціалізованих медичних спеціалістів (лікаря відповідної медичної спеціалізації); <p>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;</p> <p>д) офіційний медичний висновок за результатами проведеного на вимогу Страховика Страхувальником медичного обстеження у закладах охорони здоров'я або у відповідного медичного спеціаліста (лікаря), визначених Страхувальником;</p>
<p>17.2.8. інші документи, пов'язані із страховим випадком або необхідні для здійснення страхової виплати, за письмовою вимогою Страховика.</p>

<p>17.3. Якщо Страхувальник не може у зв'язку зі станом здоров'я здійснити відповідні заходи, що передбачені п. 17.1, 17.2 Договору, то їх повинна виконати особа, що є законним представником Страхувальника або інша його довірена особа.</p> <p>17.4. 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 протист 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. 17.2, 17.4 Договору, несе Страхувальник (Вигодонабувач № 1 та/або Вигодонабувач № 2) чи інша особа, що має право на отримання страхової виплати.</p> <p>17.5. Документи, зазначені в п. 17.2 Договору, подаються Страховику не пізніше 90 (дев'яносто) 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.</p> <p>17.5.1. 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).</p> <p>17.6. 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 № 1 та/або Вигодонабувача № 2 від обов'язку надавати частину документів із відповідного переліку документів, вказаного в п. 17.2 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.</p> <p>17.7. Обов'язок надання документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку, покладається на Страхувальника, Вигодонабувача № 1 та/або Вигодонабувача № 2 або іншу особу, що матиме право на отримання страхової виплати.</p>
<p>18. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ:</p> <p>18.1. Страхова виплата здійснюється на підставі документів, передбачених п. 17 Договору, та страхового акту, складеного Страховиком.</p> <p>18.2. На умовах Договору страхова виплата по страховим випадкам, вказаним у п. 7.1-7.5 Договору, здійснюється на наступних умовах, з урахуванням відповідних умов п. 8, 9 Договору та інших умов Договору:</p> <p>18.2.1. При настанні страхового випадку «Смерть (інвалідність)» страхова виплата здійснюється:</p> <p>а) в розмірі 100% від розміру страхової суми по Договору (п. 8 Договору) – у випадку смерті Страхувальника або встановлення йому I групи інвалідності; б) в розмірі 80% від розміру страхової суми по Договору (п. 8 Договору) – у випадку встановлення Страхувальнику II групи інвалідності.</p> <p>18.2.1.1. При цьому при здійсненні страхової виплати по даному страховому випадку враховуються наступні умови: а) обов'язковою умовою для здійснення страхової виплати по даному страховому випадку є документальне підтвердження даного страхового випадку згідно умов Договору; б) при здійсненні страхової виплати по страховому випадку «Смерть (інвалідність)» страхова виплата по страховому випадку «Критичне захворювання» не здійснюється, і навпаки.</p> <p>18.2.2. При настанні страхового випадку «Критичне захворювання» страхова виплата здійснюється:</p> <p>а) в розмірі 100% від розміру страхової суми за Договором (п. 8 Договору).</p> <p>18.2.2.1. 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 60 (шістдесяти) 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; г) при здійсненні страхової виплати по страховому випадку «Критичне захворювання» страхова виплата по страховому випадку «Смерть (інвалідність)» не здійснюється, і навпаки.</p> <p>18.2.3. При настанні страхового випадку «Тимчасова непрацездатність» страхова виплата здійснюється:</p> <p>а) в розмірі 1 (одного) щомісячного платежу, що вказаний в п. 9 Договору, – у випадку безперервного перебування Страхувальника на лікуванні 15 (п'ятнадцять) – 30 (тридцять) календарних днів поспіль; або б) в розмірі 2 (двох) щомісячних платежів, що вказані в п. 9 Договору, – у випадку безперервного перебування Страхувальника на лікуванні 31 (тридцять один) – 60 (шістдесят) календарних днів поспіль; або в) в розмірі 3 (трьох) щомісячних платежів, що вказані в п. 9 Договору, – у випадку безперервного перебування Страхувальника на лікуванні 61 (шістдесят один) календарний день поспіль та більше.</p> <p>18.2.3.1. При цьому при здійсненні страхової виплати по даному страховому випадку враховуються наступні умови: а) упродовж кожного року (кожних 12 місяців) дії Договору Страховик здійснює страхову виплату не більше як за 1 (одним) заявленим Страховику та визнаним Страховиком страховим випадком; 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 сталося 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 згідно умов Договору перебування Страхувальника на лікуванні внаслідок хвороби або нещасного випадку.</p> <p>18.2.4. При настанні страхового випадку «Госпіталізація» страхова виплата здійснюється:</p> <p>а) в розмірі 1 (одного) щомісячного платежу, що вказаний в п. 9 Договору, – у випадку безперервного перебування Страхувальника в стаціонарній лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) 8 (вісім) – 30 (тридцять) календарних днів поспіль; або б) в розмірі 2 (двох) щомісячних платежів, що вказані в п. 9 Договору, – у випадку безперервного перебування Страхувальника в стаціонарній лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) 31 (тридцять один) – 60 (шістдесят) календарних днів поспіль; або в) в розмірі 3 (трьох) щомісячних платежів, що вказані в п. 9 Договору, – у випадку безперервного перебування Страхувальника в стаціонарній лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) 61 (шістдесят один) календарний день поспіль та більше.</p> <p>18.2.4.1. При цьому при здійсненні страхової виплати по даному страховому випадку враховуються наступні умови: а) упродовж кожного року (кожних 12 місяців) дії Договору Страховик здійснює страхову виплату не більше як за 1 (одним) заявленим Страховику та визнаним Страховиком страховим випадком; б) страхова виплата не здійснюється за перші 7 (сім) календарних днів перебування в стаціонарній лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом), а також у випадках перебування в денному стаціонарі чи на амбулаторному лікуванні; в) обов'язковою умовою для здійснення страхової виплати по даному страховому випадку є документальне підтвердження згідно умов Договору безперервного перебування Страхувальника в стаціонарній лікарні (на стаціонарному лікуванні під цілодобовим лікарським наглядом) внаслідок хвороби або нещасного випадку.</p> <p>18.2.5. При настанні страхового випадку «Переломи та інші травми» страхова виплата здійснюється:</p> <p>а) в розмірі 1 (одного) щомісячного платежу, що вказаний в п. 9 Договору.</p> <p>18.2.5.1. При цьому при здійсненні страхової виплати по даному страховому випадку враховуються наступні умови: а) упродовж кожного року (кожних 12 місяців) дії Договору Страховик здійснює страхову виплату не більше як за 1 (одним) заявленим Страховику та визнаним Страховиком страховим випадком; б) тимчасова непрацездатність внаслідок нещасного випадку, що призвів до одночасного перелому (травматичної ампутації) кількох кісток, передбачених умовами п. 7.5 Договору, та/або одночасно до кількох інших травматичних ушкоджень, передбачених умовами п. 7.5 Договору, 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.</p> <p>18.3. Загальна сума страхових виплат, здійснених за Договором, не може перевищувати розмір страхової суми, зазначеної в п. 8 Договору. У разі здійснення будь-якої страхової виплати по будь-яким страховим випадкам 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. При здійсненні страхової виплати за Договором по будь-якому страховому випадку або разом (одночасно або послідовно) по кількох страхових випадках в розмірі, що дорівнює розміру страхової суми за Договором, обумовленою п. 8 Договору, страхові виплати в подальшому по Договору не здійснюються, а Договір припиняє свою дію згідно умов, визначених у п. 20 Договору.</p> <p>18.4. По кожному зі страхових випадків, вказаних у п. 7.1-7.5 Договору, страхова виплата здійснюється в наступному порядку:</p> <p>18.4.1. У випадку наявності заборгованості Страхувальника за Кредитним договором на дату настання страхового випадку – Вигодонабувачу № 1 в розмірі фактичної заборгованості Страхувальника за Кредитним договором (на дату складання заяви на страхову виплату), а різниця між сумою, виплаченою Вигодонабувачу № 1, та сумою, що належить до виплати згідно з п. 18.1-18.3 Договору, здійснюється Вигодонабувачу № 2; або 18.4.2. У випадку відсутності заборгованості Страхувальника за Кредитним договором на дату настання страхового випадку – Вигодонабувачу № 2 (його спадкоємцю) в розмірі суми, що належить до виплати згідно з п. 18.1-18.3 Договору.</p> <p>18.4.3. У випадку здійснення страхової виплати згідно з пп. 18.4.1 п. 18.4 Договору страхова виплата згідно з умовами пп. 18.4.2 п. 18.4 Договору не здійснюється, і навпаки.</p> <p>18.5. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати протягом 45 (сорока п'яти) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів, передбачених п. 17 Договору (з урахуванням умов п. 16.2 Договору). Рішення Страховика оформлюється страховим актом.</p> <p>18.6. Страховик здійснює страхову виплату протягом 10 (десяти) календарних днів з дня прийняття Страховиком рішення про здійснення страхової виплати (складання страхового акту) Вигодонабувачу № 1 та/або Вигодонабувачу № 2.</p> <p>18.7. Страхова виплата здійснюється виключно у безготівковій формі. Страхова виплата здійснюється виключно в національній валюті України.</p>
<p>19. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВИХ ВИПЛАТАХ:</p> <p>19.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є та виключеннями зі страхових випадків є встановлення наступного:</p> <p>19.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, якості, гідності та ділової репутації; 19.1.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір, умисного злочину, що призвів до страхового випадку; 19.1.3. подання Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір, їх 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 (в т.ч. передбачених п. 15 Договору), або ненадання відомостей про зміну страхового ризику; 19.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір, їх представником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру страхового випадку та розміру виплат, а також невиконання Страхувальником при настанні страхового випадку дій, передбачених в п. 17</p>

<p>Договору, або несвоєчасне подання документів або не подання документів, що передбачені п. 17 Договору, або подання таких документів в неналежній формі (якщо вони оформлені із порушенням існуючих норм (відсутній номер, дата, штамп, підпис уповноваженої особи, печатка, є виправлення тексту тощо);</p> <p>19.1.5. будь-які громадські чи інші масові заворушення, революція, повстання, страйк, тероризм, війна, в т.ч. проведення будь-яких військових, миротворчих, антитерористичних заходів, навчань або операцій, надзвичайний стан, оголошений органами влади, їх наслідки;</p> <p>19.1.6. дія іонізуючого випромінювання, вибуху ядерного об'єкту або ядерного компоненту, радіоактивне або токсичне забруднення тощо, їх наслідки;</p> <p>19.1.7. по страховим випадкам, вказаним у п. 7.1-7.5 Договору, підставою для відмови у здійсненні страхових виплат та виключеннями зі страхових випадків також є встановлення наступного:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на дату укладання Договору Страховальник був інвалідом I, II або III групи (або мав стійке порушення функцій організму, обумовлене хворобами чи наслідками травми, що мали місце до початку дії Договору) або стан його здоров'я не відповідав іншим умовам, визначеним у п. 15 Договору; 2) на дату укладання Договору Страховальник перебував на стаціонарному чи амбулаторному лікуванні або був визнаний недієздатним у порядку, визначеному законодавством України; 3) будь-які онкологічні хвороби чи злякості новоутворення (рак), що діагностовані до початку дії Договору, або будь-які стани, що пов'язані із такими захворюваннями, їх наслідки (рецидиви); 4) хвороби, які пов'язані з епідеміями та потребують введення карантину чи проведення карантинних заходів; 5) 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); 6) будь-який стан, хвороба, що прямо або опосередковано пов'язані із синдромом набутого імунodefіциту (СНІД) або вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), що діагностовані до початку дії Договору (дана умова не застосовується для страхового випадку «Критичне захворювання»); 7) скоєння Страховальником протиправних дій або участі Страховальника у протиправних діях; 8) психічний або нервовий розлад або будь-який стан психічно-невропатичного походження, в тому числі, що діагностовані до початку дії Договору, їх наслідки; 9) навмисне спричинення Страховальником собі тілесних ушкоджень, в т.ч. внаслідок необережного поводження зі зброєю, незалежно від психічного стану; 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 авіалайнера, 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, або перебування Страховальника у стані алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння на дату настання страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку); 14) керування транспортним засобом без дійсного документу, який дає право на управління таким транспортним засобом; 15) випадки, які не відносяться до страхових випадків або не визнаються страховими відповідно до умов п. 7, 22 Договору, а також випадки, при яких не здійснюється страхова виплата згідно з умовами п. 18 Договору; 16) настання події із Страховальником, якщо його вік на момент укладання Договору або на дату настання страхового випадку підпадає під вікові обмеження, встановлені п. 3 Договору; 19.1.8. настання подій, які не передбачені п. 7.1-7.5 Договору, або не підтверджуються доказами, документами, наданими Страховику, приховування Страховальником (Вигодонабувачем) або іншою особою, що заявляє своє право на отримання страхової виплати за Договором, дійсних причин, обставин та наслідків страхового випадку; 19.1.9. відсутності факту оплати Договору (сплати страхового платежу по Договору в строки і розміри, встановлені згідно умов Договору); 19.1.10. відмови у наданні медичної документації посилаючись на лікарську таємницю, або невиконання Страховальником умов пп. 7 п. 16.3 Договору, а також інші підстави, передбачені Договором. <p>19.2. Страховик за цим Договором:</p> <ol style="list-style-type: none"> 19.2.1. Не покриває збитки немайнового характеру (моральну шкоду), а також будь-які інші непрямі збитки або збитки, пов'язані з будь-якою відповідальністю Страховальника; 19.2.2. Не здійснює страхову виплату при настанні події, що має ознаки страхового випадку, у випадках та у період, коли страховий захист не діяв згідно з умовами Договору. <p>19.3. 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 Страховальника на зазначених територіях (включаючи смерть, інвалідність, тимчасову неприцездатність, 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.</p> <p>19.4. Страховик приймає рішення про відмову у здійсненні страхової виплати протягом 45 (сорока п'яти) календарних днів після отримання всіх необхідних документів, передбачених п. 17 Договору (з урахуванням умов п. 16.2 Договору), та повідомляє про прийняте рішення Вигодонабувача № 1 та/або Вигодонабувача № 2 у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) календарних днів з моменту прийняття такого рішення Страховиком.</p>
<p>20. ПОРЯДОК ЗМІНИ ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ:</p> <p>20.1. Зміни умов Договору здійснюються виключно за взаємною згодою Страховальника та Страховика шляхом укладання письмової додаткової угоди до Договору.</p> <p>20.2. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) закінчення строку дії Договору; б) виконання Страховиком зобов'язань перед Страховальником у повному обсязі; в) несплати Страховальником страхових платежів у встановлені Договором строки та розміри; г) смерті Страховальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»; д) ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; е) прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним; є) в інших випадках, передбачених Договором та законодавством України. <p>20.3. Дія Договору припиняється після здійснення Страховиком страхової виплати відповідно до умов Договору при настанні страхового випадку «Смерть (інвалідність)» або при настанні страхового випадку «Критичне захворювання», – з дати такої виплати.</p> <p>20.4. Дія Договору може бути достроково припинена за письмовою вимогою Страховальника або Страховика з будь-яких підстав.</p> <p>20.4.1. Про намір достроково припинити дію Договору Страховальник 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 Страховальника, яке відправлено поштою, рекомендованим листом з повідомленням про вручення.</p> <p>20.4.1.1. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховальника Страховик повертає йому частину страхового платежу за період з дати отримання Страховиком письмового повідомлення від Страховальника 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 здійснені за Договором. Якщо вимога Страховальника зумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то Страховальнику повертається сплачений ним страховий платіж повністю.</p> <p>20.4.2. Про намір достроково припинити дію Договору Страховик зобов'язаний повідомити Страховальника 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 Страховальнику. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страховика Страховальнику повертається сплачений ним страховий платіж повністю.</p> <p>20.4.2.1. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страховальником умов Договору, то Страховик повертає Страховальнику 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 здійснені за Договором.</p> <p>20.5. У разі відкликання Страховальником згоди на укладення Кредитного договору протягом 14 календарних днів з дати його укладення, Договір вважається припиненим з дати укладання Договору та Страховик повертає Страховальнику сплачений страховий платіж повністю. При цьому Сторони домовилися, що у випадку дострокового припинення дії Договору з таких підстав Страховик у такий період (14 календарних 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.</p>
<p>21. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН:</p> <p>21.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.</p> <p>21.2. Страховик несе майнову відповідальність за прострочення страхової виплати шляхом сплати Страховальнику (Вигодонабувачу № 1 або Вигодонабувачу № 2) пені в розмірі 0,01% від несвоєчасно сплаченої суми за кожен день прострочення, але в будь-якому випадку не більше двовійної облікової ставки НБУ, що діяла у період, за який сплачується пеня.</p>
<p>22. ВИЗНАЧЕННЯ. ОСОБЛИВІ УМОВИ:</p> <p>22.1. На умовах Договору:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Під нещасним випадком розуміється – раптова, випадкова, короткочасна, незалежна від волі Страховальника (Вигодонабувача) подія, що фактично відбулась і яка призвела до отримання Страховальником травматичних ушкоджень та функціональних розладів здоров'я, настання неприцездатності або смерті (з урахуванням умов п. 7, 19 Договору та інших умов 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. 7, 19 Договору та інших умов Договору); в) Страховий захист – обов'язок Страховика здійснювати страхові виплати при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору; г) Небезпечні види діяльності – розуміють види робіт з підвищеною небезпечністю, що передбачені законодавством України, включаючи: <ul style="list-style-type: none"> - оперативну-розшукову діяльність та діяльність, пов'язану з використанням засобів фізичного впливу, спеціальних засобів та зброї; - діяльність, що зумовлена гасінням пожеж, аварійно-рятувальними роботами тощо; г) Небезпечні види спорту – будь-який вид спорту, яким Страховальник займається в якості спортсмена-професіонала (включаючи участь у змаганнях) та екстремальні види спорту, якими Страховальник займається як спортсмен-професіонал так і на аматорському рівні, або у якості активного відпочинку. До екстремальних видів спорту відносяться: будь-які види стрибків з парашутом, планерний, парашутизм, дельтопланерний спорт, літаковий спорт, альпінізм, спелеологія, скелелазання, фрістайл, стрибки на лижах з трампліну, катання на лижах на непросторованих трасах, мотоспорт, автоспорт (крім картів з об'ємом двигуна до 1000 куб. см.), маунтнбайк, скейтбордінг, роллерспорт, стрибки у воду. <p>22.1.1. Визначення по відповідних Критичних захворюваннях:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Злякості новоутворення (рак) – це злякості пухлина, що характеризується поступовим, неконтрольованим зростанням і розповсюдженням злякості клітин, та наявністю інвазії та ураження нормальних та навколишніх тканин. На умовах Договору: <ol style="list-style-type: none"> а) Позитивне діагностування злякості новоутворення (раку) здійснюється за допомогою гістопатологічного підтвердження. Діагностування (встановлення) у Страховальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): онколог. б) Не визнається злякості новоутворення (раком): <ul style="list-style-type: none"> - хвороба Ходжкіну та неходжкінські лімфоми 1-ї стадії (за класифікацією Ann Arbor); - лейкоз, окрім хронічного лімфобластозу, за відсутності широкого проникнення ракових клітин у кровотворні тканини кісткового мозку; - пухлини, що відображають патологічні зміни у розвитку ракової пухлини на місці (включаючи дисплазії 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 злякостію меланою, товщиною понад 1,5 мм, як визначено під час гістопатологічного дослідження за допомогою методу Бреслоу;

- форми раку, що не загрожують життю, а саме форми раку простати, які гістологічно описані за системою TNM, класифікація T1(a) або T1(b), чи які класифікуються за іншою еквівалентною або нижчою категорією класифікації;
 - мікрокарцинома щитовидної залози;
 - м'язово-неінвазивний рак сечового міхура, який гістологічно описаний як рак стадії TaN0M0 або за нижчою категорією класифікації;
 - хронічний лімфлейкоз 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 Страховальника 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 Страховальника пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних пристроїв або
 - постійну або необоротну нездатність Страховальника самостійно їсти або
 - постійну або необоротну нездатність Страховальника усно спілкуватися з оточенням або
 - постійну або необоротну відмову функції щонайменше однієї кінцівки, де кінцівка визначається як рука, включаючи кисть, або нога, включаючи ступню.
 - в) Обов'язковою умовою для визнання Інсульту страховим випадком є наявність одного чи декількох із перерахованих вище станів після спливу 3 (трьох) місяців з дати настання Інсульту.
 - г) Дані комп'ютерної, магнітно-резонансної томографії або аналогічних відповідних методів мають відображати:
 - настання Інсульту та/або інфаркту головного мозку або внутрішньочерепний або субарахноїдальний кроволив.
 - д) Не визнається як Інсульт: церебральні розлади, викликані мігреною, церебральні розлади внаслідок травми або гіпоксії, судинні захворювання, що вражають око або очний нерв, минуці порушення головного мозкового кровообігу, що тривають менше 24 годин, напади вертебро-базиллярної ішемії, лакунари 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 Страховальника 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 Страховальника 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 Страховальника 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 Страховальника, 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 Страховальника 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 Страховальника такого Критичного захворювання здійснюється наступним профільним медичним спеціалістом (лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я): невролог.
- 22.1.1. Відповідне Критичне захворювання має бути вперше діагностоване (вперше встановлено та вперше підтверджено діагноз такого захворювання) у Страховальника 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).
 - 22.1.1.2. Визнання Страховиком Критичним захворюванням заявленого йому захворювання Страховальника здійснюється з урахуванням відповідних умов п. 7, 19 Договору.
 - 22.1.2. Інші терміни та визначення, передбачені Договором, встановлюються згідно Правил.
 - 22.2. Договором не передбачається відшкодування витрат, понесених Страховальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків.
 - 22.3. 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.
 - 22.4. Страховальник 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 праводіючих у сфері страхування відповідно до Закону України «Про страхування» третім особам (зокрема розпорядникам Баз даних персональних даних (в разі їх наявності), страховим агентам, тощо). Страховальник погоджується, що до його персональних даних може бути наданий 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».
 - 22.5. У випадках, передбачених Податковим кодексом України, Страховик утримує з суми страхової виплати податок на доходи фізичних осіб, використовуючи ставку податку, визначену Податковим Кодексом України.
 - 22.6. 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.
 - 22.7. При припиненні дії цього Договору чи внесенні до нього змін у випадках та на умовах, передбачених п. 20 Договору, дія інших договорів страхування, укладених з іншими страховальниками на підставі оферти № 05/49/01/02 від 11.01.2018 року, не припиняється та їх умови не змінюються. Надання Страховальнику інструкцій у зв'язку з будь-якими подіями з боку Страховика не є підставою для визнання цієї події страховим випадком за Договором.
 - 22.8. Страховальник підтверджує, що:
 - Договір укладено з власного волевиявлення Страховальника та підписаний ним в спосіб, який зрозумілий Страховальнику та з яким він погоджується, укладаючи Договір;
 - з умовами страхування, в т.ч. які розміщені на сайті ПрАТ «СК «Кардіф» за адресою: <http://www.cardif.com.ua/upload/oferta05490102>, та Правилами добровільного страхування від нещасних випадків (нова редакція), що зареєстровані 25.10.2010 р. (зі змінами), 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. Страховальник надає дозвіл на обмін та передачу між АТ «УкрСиббанк» та ПрАТ «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 ПрАТ «СК «Кардіф» за адресою www.cardif.com.ua та доступна у відділеннях АТ «УкрСиббанк», йому надана та він з нею ознайомлений.
 - 22.9. Страхова сума за Договором (яка вказується у Заяві-приєдданні) не може перевищувати 150% (ста п'ятдесят відсотків) від суми кредиту за Кредитним договором та в будь-якому разі не може перевищувати суму в 75 000,00 (сімдесят п'ять тисяч) грн.
 - 22.10. Відповідно до вимог статті 31 Закону України «Про страхування» Страховик розподіляє сплачений Страховальником страховий платіж за Договором з метою формування технічних резервів незароблених премій за видами страхування, а саме: по добровільному страхуванню від нещасних випадків – 15,55%; по добровільному страхуванню здоров'я на випадок хвороби – 84,45%.
 - 22.11. У Додатку № 2 до Договору наведена додаткова інформація для Страховальника згідно вимог законодавства України.

ПІДПИС СТРАХОВИКА:

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КАРДІФ»,

від імені якого, на підставі укладеного Договору доручення № 1 від 20 лютого 2007 року, діє Страховий агент, а саме: АТ «УкрСиббанк», в особі Трегубова Бориса Юрійовича та Кучмана Сергія Васильовича, які діють на підставі Довіреності № 12 від 11.01.2018 р.

Адреса Страхового агента: 04070, м. Київ, вул. Андріївська, 2/12; код банку (МФО): 351005; Ідентифікаційний код: 09807750.

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

м. Київ / Трегубов Б.Ю. / Кучман С.В.



	ЗАЯВА-ПРИЄДНАННЯ (АКЦЕПТ) № 05/49/01/02/ < > від < > р. до договору добровільного страхування позичальника (договір приєднання) [ОФЕРТА № 05/49/01/02 від 11.01.2018 р.]
--	---

Підписанням цієї Заяви-приєднання Страхувальник, вказаний у п. 2 цієї Заяви-приєднання, приймає в цілому всі умови Договору добровільного страхування позичальника (договору приєднання) [оферта № 05/49/01/02 від 11.01.2018 р.] (надалі - Договір), 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. Повний текст Договору [оферта № 05/49/01/02 від 11.01.2018 р.] розміщено на сайті ПрАТ «СК «Кардіф» за адресою www.cardif.com.ua.

1. СТРАХОВИК: Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «КАРДФ» (ПрАТ «СК «КАРДФ»):	
в особі Генерального директора Романенка Олега Олексійовича, який діє на підставі Статуту, від імені якого діє, на підставі укладеного Договору доручення № 1 від 20 лютого 2007 року, діє страховий агент, а саме Публічне акціонерне товариство «УкрСиббанк» (АТ «УкрСиббанк»), в особі < > та < >, які діють на підставі < >. Адреса: 04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8, тел. 0-800-505-705, (044) 428-61-61, факс (044) 537-42-11, сайт: www.cardif.com.ua . Банківські реквізити: п/р 26503013656301 в АТ «УкрСиббанк», МФО 351005, Ідентифікаційний код 34538696.	
2. СТРАХУВАЛЬНИК:	
ПІБ: < >	Дата народження: < >
Адреса: < >	Телефон: < >
3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА. Застрахованою особою за Договором є Страхувальник виключно віці від 18 (вісімнадцяти) років та до досягнення ним віку 65 (шістдесят п'ять) років включно від дати його народження (по тексту Заяви-приєднання – Страхувальник).	
4. ВИГОДОНАБУВАЧЕМ для отримання страхової виплати за Договором Страхувальником призначається:	
ВИГОДОНАБУВАЧ № 1: АТ «УкрСиббанк» на підставі Договору про надання споживчого кредиту № < > від < > р., що укладений із Страхувальником (далі – Кредитний договір), у випадку наявності заборгованості Страхувальника за Кредитним договором; Адреса: 04070, м. Київ, вул. Андріївська, 2/12. Страхувальник підтверджує, що суму заборгованості за Кредитним договором Страховику може повідомити АТ «УкрСиббанк».	
ВИГОДОНАБУВАЧ № 2: Страхувальник на умовах та в порядку, передбачених п. 18 Договору.	
5. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ: Майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника.	
6. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ. Порядок укладання Договору визначено в п. 6 Договору.	
7. СТРАХОВІ ВИПАДКИ. Страховими випадками є наведені нижче події, які сталися під час дії Договору та які документально підтверджені згідно умов Договору, а саме:	
7.1. Смерть або інвалідність (1 або 2 групи) внаслідок хвороби або нещасного випадку (далі по тексту – «Смерть (інвалідність)») – смерть Страхувальника або постійна неприцездатність Страхувальника (первинне встановлення I або II групи інвалідності) внаслідок нещасного випадку або хвороби, з урахуванням умов п. 19 Договору. «Смерть (інвалідність)» не визнається страховим випадком, якщо встановлене наступне: 1. смерть чи встановлення інвалідності внаслідок хвороби відбулось упродовж 1 (першого) місяця дії Договору за умови, якщо причиною такої смерті або інвалідності була хвороба, яку діагностовано у Страхувальника до дати набрання чинності Договором (в тому числі внаслідок загострення (ускладнення) хронічної хвороби); 2. самогубство (спроба самогубства) Страхувальника, що сталося протягом перших 2 (двох) місяців з дати початку дії Договору; 3. грубе порушення Страхувальником правил дорожнього руху, правил техніки безпеки, правил пожежної безпеки; 4. захворювання на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо вони діагностовані медичним закладом протягом 1 (першого) місяця з дати початку дії Договору; 5. новоутворення, хвороби ендокринної системи, якщо відповідний діагноз встановлено медичним закладом протягом перших 3 (трьох) місяців з дати початку дії Договору; 6. спадкові та генетичні хвороби; 7. вагітність, пологи, викидень, ускладнення, які виникли внаслідок абортів, вагітності та пологів, крім позаматкової вагітності, якщо факт такої позаматкової вагітності встановлено не раніше ніж через 3 (три) місяці з дати початку дії Договору; 8. будь-які косметичні процедури чи операції, пластичні операції (в т.ч. викликані ними хвороби).	
7.2. Критичне захворювання (далі по тексту – «Критичне захворювання») – встановлення Страхувальнику не раніше 61 (шістдесят 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. 19 Договору. Перелік Критичних захворювань: а) Злоякісне новоутворення (рак); б) Інсульт; в) Інфаркт міокарду; г) Хірургія коронарних артерій зворотним методом (аортно-коронарне шунтування); д) Ниркова недостатність; е) Параліч.	
7.2.1. Визначення кожного із вищевказаних Критичних захворювань наведено у п. 22.1 Договору.	
7.2.2. «Критичне захворювання» не визнається страховим випадком, якщо встановлене наступне: 1. будь-які стани (в т.ч. медичні), нещасні випадки, хвороби, що були діагностовані (встановлені діагнози) та/або мали місце до початку дії Договору (включаючи їх наслідки, рецидиви або ускладнення); 2. будь-який стан, хвороба (захворювання), що прямо або опосередковано пов'язані із синдромом набутого імунodefіціту (СНІД) або вірусом імунodefіціту людини (ВІЛ); 3. всі винятки або обмеження, передбачені у визначеннях Критичного захворювання згідно умов п. 22.1 Договору; 4. планові хірургічні втручання або будь-яка косметична хірургія (в т.ч. будь-які косметичні процедури чи операції, пластичні операції); 5. вроджені чи спадкові вади (хвороби, стани, патологічні процеси й т.п.); 6. спроба самогубства Страхувальником або наслідки спроби самогубства; 7. природні небезпеки (стихійні лиха, дія стихійних або інших природних явищ); 8. необґрунтована відмова Страхувальника від призначень лікаря або невживання ним призначень лікаря; 9. діагностування (встановлення) у Страхувальника Критичного захворювання не профільним медичним спеціалістом (не лікарем відповідної медичної спеціалізації профільного закладу охорони здоров'я); 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. наявність у Страхувальника хвороби або станів, що були діагностовані у Страхувальника до набрання чинності Договором та які стали причиною відповідного Критичного захворювання, а саме: а) хронічні та вроджені хвороби або стани, що передували Злоякісному новоутворенню (раку), зокрема: будь-які злоякісні або передракові утворення; б) хронічні та вроджені хвороби 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 або стани, що передували Пересадці життєво важливих органів: - хронічні хвороби 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 дихальної системи, зокрема: туберкульоз, хронічне обструктивне захворювання легень, емфізематозні порушення легень та будь-які вроджені та генетичні хвороби дихальної системи; - хронічні хвороби 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. діагностування (встановлення) у Страхувальника хвороби або стану, які не підпадають під визначення Критичних захворювань згідно з відповідними умовами п. 22.1 Договору.	
7.3. Тимчасова неприцездатність (перебування на лікарняному) не менше 15 днів внаслідок хвороби або нещасного випадку (далі по тексту – «Тимчасова неприцездатність») – безперервне перебування Страхувальника на лікуванні внаслідок хвороби або нещасного випадку не менше 15 (п'ятнадцяти) календарних днів поспіль, що підтверджено документально (листом неприцездатності (для працюючих) або довідкою закладу охорони здоров'я (для непрацюючих)), з урахуванням умов п. 19 Договору та за умови, якщо таке безперервне перебування Страхувальника на лікуванні внаслідок хвороби або нещасного випадку сталося починаючи з 6 (шостою) календарного дня від дати вступу в дію Договору. «Тимчасова неприцездатність» не визнається страховим випадком, якщо встановлене наступне: 1. перебування Страхувальника на лікуванні внаслідок хвороби відбулось упродовж 1 (першого) місяця дії Договору за умови, якщо причиною такого перебування на лікуванні була хвороба, яку діагностовано у Страхувальника до дати набрання чинності Договором (в тому числі внаслідок загострення (ускладнення) хронічної хвороби); 2. спроба самогубства Страхувальником або наслідки спроби самогубства; 3. вагітність, пологи, всі види абортів, народження дитини, декретний період, догляд за дитиною чи іншою особою, санаторно-курортне лікування; 4. планові хірургічні втручання або будь-яка косметична хірургія (в т.ч. будь-які косметичні процедури чи операції, пластичні операції); 5. стерилізація, штучне запліднення, обстеження, діагностування та лікування безпліддя; 6. природні небезпеки (стихійні лиха, дія стихійних або інших природних явищ); 7. вроджені чи спадкові вади (хвороби, стани, патологічні процеси й т.п.).	
7.4. Цілодобова госпіталізація не менше 8 днів внаслідок хвороби або нещасного випадку (далі по тексту – «Госпіталізація») – госпіталізація Страхувальника внаслідок хвороби або нещасного випадку (з урахуванням умов п. 19 Договору). При цьому під госпіталізацією розуміється 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. 19 Договору. «Госпіталізація» не визнається страховим випадком, якщо встановлене наступне: 1. госпіталізація Страхувальника внаслідок хвороби відбулась упродовж 1 (першого) місяця дії Договору за умови, якщо причиною такої госпіталізації Страхувальника була хвороба, яку діагностовано у	

Страховальника до дати набрання чинності Договором (в тому числі внаслідок загострення (ускладнення) хронічної хвороби);

- спроба самогубства Страховальником або наслідки спроби самогубства;
- вагітність, пологи, всі види абортів, народження дитини, декретний період, догляд за дитиною чи іншою особою, санаторно-курортне лікування;
- планові хірургічні втручання або будь-яка косметична хірургія (в т.ч. будь-які косметичні процедури чи операції, пластичні операції);
- стерилізація, штучне запліднення, обстеження, діагностування та лікування безпліддя;
- природні небезпеки (стихійні лиха, дія стихійних або інших природних явищ);
- вроджені чи спадкові вади (хвороби, стани, патологічні процеси й т.п.);
- перебування Страховальника в денному стаціонарі; домашній стаціонар (лікування на дому), та/або амбулаторне лікування, та/або лікування без госпіталізації.

7.5. Переломи та інші травми (далі по тексту – «Переломи та інші травми»). Під страховим випадком «Переломи та інші травми» розуміється тимчасова неприцездатність Страховальника внаслідок нещасного випадку виключно при наступних травматичних uszkodженнях (з урахуванням умов п. 19 Договору):

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'ясть, фаланги пальців руки;
- кісток ноги: стегнова кістка, колінна чашка, гомілка (велика та мала гомілкові кістки), кістки гомілковостопного суглобу;
- кістки стопи: передплесно, плесно, фаланги пальців ноги;

б) вивих головного мозку (за умови отримання листка неприцездатності (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 неприцездатності (для працюючих) або довідки закладу охорони здоров'я (для непрацюючих));

г) вивих суглобу внаслідок травми (за умови накладання ортопедичної фіксувальної пов'язки або гіпсу, що має бути документально підтверджено);

ґ) розтягнення зв'язок другого або третього ступеню тяжкості (за умови отримання листка неприцездатності (для працюючих) або довідки закладу охорони здоров'я (для непрацюючих)). При цьому згідно умов Договору:

- 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;
- 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.

7.5.1. «Переломи та інші травми» не визнається страховим випадком, якщо встановлене наступне:

- спроба самогубства Страховальником або наслідки спроби самогубства;
- грубе порушення Страховальником правил дорожнього руху, правил техніки безпеки, правил пожежної безпеки;
- вроджені чи спадкові вади (хвороби, стани, патологічні процеси й т.п.);
- остеопороз, 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 пп. г) п. 7.5 Заяви-приєднання 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 фіксувальної 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 uszkodжень, які не передбачені переліком, наведеним у пп. а)-г) п. 7.5 Заяви-приєднання.

8. Страхова сума по Договору, грн.	9. Розмір одного щомісячного платежу, грн.	10. Місячний страховий тариф, %	11. Місячний страховий платіж, грн.
< >	Для страхових випадків «Тимчасова неприцездатність», «Госпіталізація», «Переломи та інші травми»: < > грн.	0,83	< >

12. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ЗА ДОГОВОРОМ. СТРОК ТА УМОВИ СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ ЗА ДОГОВОРОМ:

12.1. Страховий платіж за Договором складає: < > грн. Страховий платіж за Договором розраховується шляхом добутку кількості місяців дії Договору та місячного страхового платежу, розмір якого зазначено у п. 11 Заяви-приєднання.

12.2. Страховий платіж за Договором, вказаний в п. 12.1 Заяви-приєднання, є одноразовим і сплачується в повному обсязі за весь строк дії Договору протягом 10 календарних днів (включно) з дати укладання Договору (підписання цієї Заяви-приєднання).

13. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ: з < > по < > (включно)

14. ПОРЯДОК НАБРАННЯ ЧИННОСТІ ДОГОВОРОМ. СТРАХОВИЙ ЗАХИСТ. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ. МІСЦЕ УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ. ДАТА УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ:

14.1. Договір набирає чинності з дати, визначеної згідно умов п. 13 Заяви-приєднання як дата початку дії Договору, за умови, якщо страховий платіж за Договором, зазначений у п. 12.1 Заяви-приєднання, сплачено Страховальником одноразово та в повному обсязі Страховику в строк, вказаний в п. 12.2 Заяви-приєднання (з урахуванням умов п. 14.3 Заяви-приєднання). Днем сплати страхового платежу вважається день зарахування коштів на рахунок Страховика.

14.2. У випадку несплати (або сплати не в повному обсязі) Страховальником страхового платежу за Договором, що вказаний у п. 12.1 Заяви-приєднання, до дати, визначеної згідно умов п. 12.2 Заяви-приєднання, Договір є таким, що не вступив в дію (не набрав чинності).

14.3. Початок дії страхового захисту по страховим випадкам. Сторони погодили, що страховий захист по Договору відносно страхових випадків діє:

- по страховим випадкам: «Смерть (інвалідність)», «Госпіталізація» та «Переломи та інші травми» – з дати вступу в дію Договору (з урахуванням умов п. 14.4 Заяви-приєднання);
- по страховому випадку «Критичне захворювання» – з 61 (шістдесят першого) календарного дня від дати вступу в дію Договору (з урахуванням умов п. 14.4 Заяви-приєднання);
- по страховому випадку «Тимчасова неприцездатність» – з 6 (шостого) календарного дня від дати вступу в дію Договору (з урахуванням умов п. 14.4 Заяви-приєднання).

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

14.5. Місце дії Договору (з урахуванням умов п. 19 Договору):

- по страховим випадкам: «Смерть (інвалідність)» та «Переломи та інші травми» – будь-яка країна світу;
- по страховим випадкам: «Госпіталізація», «Критичне захворювання», «Тимчасова неприцездатність» – Україна.

14.6. Місцем укладення Договору є місцезнаходження ПрАТ «СК «Кардіф», що зазначене в п. 1 Заяви-приєднання.

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

15. Декларація Страховальника про добрий стан здоров'я (далі - Декларація):

Я, Страховальник за Договором, повідомляю, що на момент укладання Договору та підписання Заяви-приєднання, я є повністю працездатним (не є інвалідом I, II, III групи); в мене не діагностовано та я не хворюю 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 Договір та підписуючи Заяву-приєднання, підтверджую і не заперечую, що всі відомості, вказані у Декларації, є достовірними та є невід'ємною частиною Договору і, у разі неправдивості вищезазначеної інформації, ПрАТ «СК «Кардіф» має право відмовити у здійсненні страхової виплати.

Я, укладаючи Договір та підписуючи, Заяву-приєднання, 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 ПрАТ «СК «Кардіф» для проведення процедур, передбачених Законом України «Про страхування» та Договором.

16. ІНШІ УМОВИ:

Договір розроблений на підставі Правил добровільного страхування від нещасних випадків (нова редакція), що зареєстровані 25.10.2010 р. (зі змінами), Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (нова редакція), що зареєстровані 25.10.2010 р. (зі змінами). Порядок зміни і припинення дії Договору, умови здійснення страхової виплати, причини відмови у страховій виплаті, права та обов'язки сторін, відповідальність сторін встановлені умовами Договору [оферта № 05/49/01/02 від 11.01.2018 р.] 3 питань, які не врегульовані Договором, Сторони керуються положеннями законодавства України та Правилами. Розмір страхової суми за Договором в будь-якому разі не може перевищувати суму, визначену згідно умов п. 22.9 Договору.

ПРЕДСТАВНИК СТРАХОВИКА:	СТРАХОВАЛЬНИК:
	- Договір укладено з мого власного волевиявлення. - З повним текстом умов страхування за Договором [оферта № 05/49/01/02 від 11.01.2018 р.], що розміщені на сайті Страховика: http://www.cardif.com.ua/upload/oferta05490102 та Правилами страхування в повному обсязі ознайомлений та згоден, зобов'язуюсь їх виконувати. - Надаю згоду на безстрокову обробку, використання та зберігання персональних даних. Про свої права згідно Закону України «Про захист персональних даних» повідомлений. ! Підтверджую, що інформація згідно статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», у т.ч. яка розміщена за адресою www.cardif.com.ua , мені надана та я з нею ознайомлений.
	ПІБ: < >, Паспорт < > < >, виданий < >, < >, Ідентифікаційний номер: < >
	(підпис)

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.

Дія 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: <http://www.nfp.gov.ua>.

Контактні телефони: Телефон довідкової телефонної служби: (044) 234-39-46. Інші контактні телефони наведені на офіційному сайті: <http://www.nfp.gov.ua>.

Органами, що здійснюють захист прав споживачів, є:

Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів:

Адреса: 01001, м. Київ, вул. Б. Грінченка, 1. Офіційний сайт: <http://www.consumer.gov.ua>.

Контактні телефони: (044) 279-12-70, (044) 278-84-60, (044) 278-41-70. Департамент захисту споживачів: (044) 528-63-16, (044) 522-84-51, (044) 528-73-07.

Інші контактні телефони наведені на офіційному сайті: <http://www.consumer.gov.ua>.

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

Адреса: 01001, м. Київ-1, вул. Б. Грінченка, 3. Офіційний сайт: <http://www.nfp.gov.ua>.

Контактні телефони: Телефон довідкової телефонної служби: (044) 234-39-46. Інші контактні телефони наведені на офіційному сайті: <http://www.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
AB № 520997	11.02.2010 р.	Ліцензія на право здійснення страхової діяльності у формі добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби
AB № 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)]
AB № 520999	11.02.2010 р.	Ліцензія на право здійснення страхової діяльності у формі добровільного страхування від нещасних випадків
AB № 521000	11.02.2010 р.	Ліцензія на право здійснення страхової діяльності у формі добровільного страхування фінансових ризиків
AD № 039975	02.11.2012 р.	Ліцензія на право здійснення страхової діяльності у формі добровільного страхування від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ
розпорядження Нацкомфінпослуг № 3757 від 15.09.2017р.	15.09.2017 р.	Ліцензія на право здійснення страхової діяльності у формі добровільного страхування вантажів та багажу (вантажобагажу)

III. ІНФОРМАЦІЯ ПРО УМОВИ СТРАХУВАННЯ ТА ПРАВИЛА СТРАХУВАННЯ:

Ознайомлення страховальника 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 ПрАТ «СК «Кардіф» за адресом: <http://www.cardif.com.ua>;

в) на сайтах партнерів (страхових агентів) ПрАТ «СК «Кардіф».